UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Ma. Laura Ruiz Paloalto

*Aposentadoria e as mudanças de vida das pessoas
com diabetes tipo 2*

Ribeirão Preto - SP

2007

Ma. Laura Ruiz Paloalto

***Aposentadoria e as mudanças de vida das pessoas
com diabetes tipo 2***

Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Enfermagem em Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo,
Linha de Pesquisa “Práticas, Saberes e
Políticas de Saúde”.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Ribeirão Preto

2007

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ruiz – Paloalto, Ma. Laura

Aposentadoria e as mudanças de vida das pessoas com diabetes tipo 2/ Ma. Laura Ruiz Paloalto; orientador Pedro Fredemir Palha.-
Ribeirão Preto, 2007, 140 f.

Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em
Saúde Publica. Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Pública. – Escolha de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo.

1. Promoção da Saúde 2; Diabetes tipo 2; 3. Aposentadoria 4.
Enfermagem em Saúde Pública.

Esta Tese de Doutorado, apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto é resultado do convênio estabelecido entre a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil, e Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya da Universidade de Guanajuato, México.

Folha de Aprovação

Ma. Laura Ruiz Paloalto

Título: Aposentadoria e as mudanças de vida das pessoas com diabetes tipo 2

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública pelo programa de pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública Nível Doutorado.

Inserida na Linha de Pesquisa “Práticas, Saberes e Políticas de Saúde”. Área de concentração. Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Maria Cecília Puntel de Almeida
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Zanetti
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Dr^a. Maria Teresa da Costa Gonçalves Torquato
Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Assinatura: _____

Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos
Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de
Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Dedicat6rias

A mi Hijo Pablo Cesar, por su comprensi6n durante mis ausencias, apoyo y cari6o por siempre sonreír, brindándome éxito y confianza para el cumplimiento de esta investigaci6n., sin ti no lo habría logrado. Gracias amor.

A mi Mamá; Manuela, por haber forjado en mí, el espíritu de superaci6n y perseverancia. Gracias Mamá.

A ti Pablo, por todo el amor que me has brindado y tu gran apoyo para la realizaci6n de este doctorado.

Agradecimientos

À Deus por dar-me força e a sabedoria para concluir este trabalho, por abrir meus olhos e me fazer observar mais o que Ele preparou para minha vida.

A mi hijo, por todo su amor y por ser mi fuente de inspiración

A Pablo por todo su amor y confianza brindada.

A mi familia por su apoyo durante este caminar.

Ao Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha por abrir meus olhos e ampliar meus conhecimentos frente a enfermagem e pelo grande apoio no desenvolvimento desta pesquisa.

À Profª Drª. Maria Cecília Puntel de Almeida , por todo seu apoio e incentivo na realização do doutorado, e por todo seu acompanhamento nos momentos penosos desta trajetória.

À Profª Drª. Maria Lucia Zanetti, por seu apoio durante o desenvolvimento desta pesquisa.

À banca pelas contribuições dadas a este estudo.

A Promep, por el otorgamiento de la beca para el desarrollo de este programa de doctorado.

A la Universidad de Guanajuato, por todo su apoyo.

A la Clínica Hospital ISSSTE, por el tiempo otorgado para las asistencias a las estancias en este país.

A los pacientes que participaron en el desarrollo de esta investigación.

A mis amigas por su apoyo y cariño que siempre me demostraron durante el desarrollo de este doctorado, por sus palabras de aliento cuando sentía que iba a desfallecer, principalmente a Lulu que siempre estuvo a mi lado durante estos años apoyándome y dándome una mano cariñosa, cuando parecía que todo andaba mal.

Resumo

RUIZ – PALOALTO M L. **Aposentadoria e as mudanças de vida das pessoas com Diabetes Tipo 2.** 2007. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

Trata-se de um estudo qualitativo, que teve como objetivo compreender as mudanças de vida das pessoas aposentadas com diabetes tipo 2. Primeiramente se caracteriza a população com diabetes tipo 2 da Clínica Hospital ISSSTE Celaya - México, onde extraiu-se uma amostra de 56 pacientes dos quais 39,28% estão entre 60 e 69 anos de idade, 53,6% pertencem ao sexo feminino, 69,6% são casados, 35,7% são do lar, 41% têm nível básico de estudos, 92,8% vivem com algum familiar, 28,57% têm entre 1 e 5 anos de diagnóstico, 87,7% comparecem à consulta pelo menos uma vez ao mês, 60,7% foram em mais de uma ocasião, 39,3% ignoram as causas de hospitalização, 66,1% têm patologia associada, 98,2% fazem tratamento medicamentoso. A seguir se aplica uma entrevista semi-estruturada com dez pacientes com diabetes tipo 2 e por meio da Análise de Conteúdo Modalidade Temática, chegou-se a quatro grandes temas: 1) vida dedicada ao trabalho; 2) insegurança em relação ao diabetes tipo 2; 3) alternativas depois da aposentadoria e 4) plano terapêutico para o controle do diabetes tipo 2. O resultados evidenciaram que grande parte dos sujeitos tiveram uma vida dedicada ao trabalho, que gerou satisfação e insatisfação. Antes da aposentadoria relatam que não tiveram tempo para o cuidado com o controle metabólico do diabetes, priorizaram o trabalho, o cuidado dos filhos e do lar, além de que havia uma dupla jornada de trabalho que nem sempre era dividida com seus companheiros e filhos; mesmo reconhecendo que o diabetes tem um componente genético, isto não foi suficiente para que houvesse mudanças no estilo de vida, e consideram que os aspectos emocionais interferem no controle metabólico do diabetes; identificou-se que poucos sujeitos buscaram alternativas para o ocupação do tempo livre na aposentadoria, como participação em grupos comunitários ou no desenvolvimento de habilidades pessoais; foi possível apreender que além do tratamento convencional para o controle do diabetes, os sujeitos incorporam também as práticas não convencionais como o uso de plantas medicinais, como o *Nopal*, amplamente difundido e reconhecido na sociedade mexicana; além disso reconhecem que existe dificuldades para as mudanças no padrão alimentar, concorrendo para isso uma história alimentar com grandes quantidades de calorias e pela difusão de outras culturas alimentares na atualidade; não existe, no plano terapêutico, a prática das atividades físicas. Nas considerações finais reconhece-se que o México tem, no seu Plano Nacional de Saúde, referenciais teóricos mais amplos como o da atenção primária à saúde e da promoção da saúde, mas ao apresentar uma organização dos serviços de proteção social e de saúde organizados por Institutos de Seguridade Social. Estes detém autonomia para a incorporação e adequação da macro política no âmbito local, e que reflete na forma de atenção à saúde, dispensada para a população usuária. Mesmo incorporando parte da política de promoção da saúde, por meio da formação dos clubes de diabéticos, ainda não é considerado a focalização na família e o seu entorno social. Nesse sentido, percebe-se que as pessoas com diabetes tipo 2, não tem um seguimento regular na assistência, assim como no autogerenciamento do seu controle metabólico, fato, evidenciado pelo grande número de consultas e internações hospitalares durante o período de um ano. Também faz parte de nossas reflexões o fato as dificuldades para a adoção de mudanças no estilo de vida parecem estar relacionadas ao aparecimento e a confirmação do diabetes tipo 2 na fase adulta, onde os costumes, crenças e valores já estão incorporados no cotidiano, por isso qualquer mudança parece ser mais penosa para estas pessoas.

Palavras-chaves: Promoção da saúde; diabetes tipo 2; Aposentadoria

Resumen

RUIZ – PALOALTO M L. **Jubilación y los cambios de vida de las personas con diabetes tipo 2. 2007.** Tesis (Doctorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

Se trata de un estudio cualitativo, que tiene como objetivo, comprender los cambios de vida de las personas jubiladas con diabetes tipo 2. Primeramente se caracterizo a la población con diabetes tipo 2, de la clínica hospital ISSSTE Celaya-México, donde se extrajo una muestra de 56 paciente de los cuales el 39.28% se encuentran entre los 60 a 69 años de edad, el 53.6% pertenecen al sexo femenino, el 69.6% es casado, el 35.7% se dedican al hogar, el 41% tienen nivel básico de estudios, el 92.8% viven con algún familiar, el 28.57% tienen entre 1 a 5 años de haber sido diagnosticados, el 87.7% acuden a la consulta medica por lo menos una vez al mes, el 60.7% se ha internado en más de una ocasión, el 39.3% desconoce las causas de internamiento, el 66.1% tienen una patología agregada, el 98.2% cuentan con tratamiento medicamentoso. Posteriormente se aplico una entrevista semi-estructurada a diez personas con diabetes tipo 2 y por medio del Análisis de Contenido en modalidad Temática, se llego a cuatro grandes temas: 1) vida dedicada al trabajo; 2) inseguridad en relación a la diabetes tipo 2; 3) alternativas posteriores a la jubilación y 4) plan terapéutico para el control de la diabetes tipo 2. Los resultados evidenciaron que gran parte de los sujetos tenían una vida dedicada al trabajo, que genero satisfacción e insatisfacción. Antes de la jubilación relatan que no tuvieron tiempo para cuidar su control metabólico de la diabetes, priorizando el trabajo, el cuidado de los hijos y del hogar, aun que tenían una doble jornada de trabajo que no siempre era dividida con su compañero e hijo, así también reconocen la diabetes tiene un componente genético, pero esto no fue suficiente para que ellos modifiquen su estilo de vida, y consideran que los aspectos emocionales interfieren en el control metabólico de la diabetes; se identifico que pocos de estos sujetos buscan alternativas para ocupar su tiempo libre después de la jubilación, como participación en grupos comunitarios o en el desarrollo de habilidades personales; fue posible entender que más allá del tratamiento convencional para el control de la diabetes, los sujetos incorporan también las practicas no convencionales como el uso de plantas medicinales como el Nopal, el cual es ampliamente reconocido y difundido en la población mexicana; pero se reconoce que existen dificultades para los cambios en el patrón alimenticio, dado que la historia alimenticia es con base a gran cantidad de calorías y por la difusión en la actualidad de alimentos de otras culturas; así como también hay una carencia de un plan terapéutico para las actividades físicas. En las consideraciones finales se reconoce que el Plan Nacional de Salud de México, cuenta con un referencial teórico amplio como la atención primaria de salud y la promoción de la salud, pero al presentar una organización de los servicios de protección social y de salud organizados por los institutos de seguridad social, estos los organizados de forma autónoma lo que repercute en la atención de los usuarios. Así incorporan parte de la política de promoción de la salud, por medio de la formación de clubes de diabéticos, no considerando a la familia y a su entorno de estas personas. En este sentido se percibe que las personas con diabetes tipo 2 no tienen un seguimiento regular en la asistencia así como en su autocontrol metabólico, hecho evidenciado por el gran número de consultas e internamientos hospitalarios durante el periodo de un año. También parte de las reflexiones en este estudio son las dificultades para los cambios en el estilo de vida pues están relacionados al apareamiento y confirmación de la diabetes tipo 2 en la edad adulta, donde las costumbres, creencias y valores ya están incorporados en ellos, por eso cualquier cambio parece ser más difícil para estas personas.

Palabras claves: Diabetes tipo 2, jubilación, promoción de la salud

Abstract

RUIZ – PALOALTO M L. **Retirement and changes in life style of people with Diabetes type 2.** 2007. Tesis (Doctoral) – College of Nursing at University of São Paulo, 2007.

This qualitative study aimed to understand life changes of retired people with diabetes type 2. First, the population with diabetes type 2 from the Clinic Hospital ISSSTE Celaya, México was characterized, from which a sample of 56 patients were extracted, 39.28% are between 60 and 69 years old, 53.6% female, 69.6% married, 35.7% housewives, 41% primary schooling, 92.8% live with relatives, 28.57% has one to five years of diagnosis, 87.7% attend consultation at least one a month, 60.7% attended more than one occasion, 39.3% ignored hospitalization causes, 66.1% has associated pathology, 98.2% is under medicament treatment. A semi-structured interview was applied to ten patients with diabetes type 2. Four main themes emerged through Content Analysis Thematic Modality: 1) life dedicated to work; 2) insecurity regarding the diabetes type 2; 3) alternatives after retirement and 4) therapeutic plan for the control of diabetes type 2. The results evidenced that a great portion of them had a life dedicated to work, which caused both satisfaction and dissatisfaction. They reported that before retiring they had no time for keeping the diabetes metabolic control, prioritized work, children and family, besides double work journey which was not always divided with their partners and children: the recognition that diabetes has a genetic component was not sufficient for changes in the life style and they consider that emotional aspects interfere in the metabolic control of diabetes; a few subjects sought alternatives for occupying their free time after retirement, such as the participation in communitarian groups or in the development of personal abilities. It was possible to infer that besides the conventional treatment for the diabetes control, subjects also incorporated non-conventional practices such as the use of medicinal plants, as *Nopal*, largely disseminated and known by the Mexican society. They also recognize there are difficulties in changing eating habits, which are coupled with a history of great quantity of calories ingested and to other cultural eating habits currently disseminated, no therapeutic plan or practice of physical activities. It is acknowledged, in the final considerations, that the Mexican National Health Plan follows ample theoretical references such as those of primary health care and health promotion. However, its organization of services for social protection and health are performed by Social Security Institutes. These institutes have autonomy to incorporate and adequate the macro policy in the local sphere which is reflected in the form of health care delivered to the user population. Even incorporating part of the health promotion policy through the creation of diabetic clubs, the family focus and its social environment have not been considered. In this sense, it is perceived that people with diabetes type 2 do not have a regular follow-up in the assistance or self manage their metabolic control, which is evidenced by the great number of consultations and hospitalizations during a one-year period. The difficulties in adopting changes in their life styles seem to be related to the appearance and confirmation of diabetes type 2 in adult age, when habits, beliefs and values are incorporated in routine; thus, any change seems to be more difficult for them.

Key-words: Health Promotion, diabetes type 2; Pensions

Lista de Tabelas

- Tabela 1 - Distribuição numérica e porcentual de pacientes com diabetes tipo 2, aposentados, segundo variáveis sociodemográficas. Celaya, Guanajuato México, 2006.
- Tabela 2 - Distribuição numérica e porcentual de pacientes com diabetes tipo 2, aposentados, segundo variáveis clínicas. Celaya, Guanajuato México, 2006.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AFORES	Administradoras do fundo para aposentadoria
APS	Atenção Primária à Saúde
CASES	Catálogo de Serviços Essenciais do Saúde
FOVISSSTE	Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Fundo de Habitação do Instituto de Seguridade e Serviços Sociais dos Trabalhadores do Estado)
GEDEPAS	Grupo de Estudo do Diabetes em Atenção Primária de Saúde
HIV	Virus de Imunodeficiência Humana
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social (Instituto Mexicano da Seguridade Social)
INEGI	Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática
INFONAVIT	Instituto del fondo Nacional de la vivienda para los trabajadores (Instituto do Fundo Nacional de Habitação para os Trabalhadores)
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para os Trabalhadores do Estado (Instituto de Seguridade e Serviços Sociais para os Trabalhadores do Estado)
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Panamericana da Saúde
PAC	Programa do Ampliação de Cobertura
PEMEX	Instituto de Seguridade Social dos Petróleos Mexicanos
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPS	Políticas Públicas Saudáveis
PROCEDES	Programa de Qualidade, Equidade e Desenvolvimento em Saúde.
PS	Promoção da Saúde
RCV	Retiro cesantía y vejes (Aposentadoria, Tempo de Trabalho e Idoso)
SAR	Sistema de ahorro para el retiro (Sistema de Poupança para a Aposentadoria)
SDEH	Sistema Autorização de alta Hospitalar
SEDENA	Secretaria da Força Armada
SEP	Secretaria de Educação Pública
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SHCP	Secretaria da Fazenda e Financiamento
SISPA	Sistema de Informação de Saúde para a População

SPSS	Sistema de Proteção de Seguridade Social
SSA	Secretaria de Salubridad y Asistencia (Secretaria da Saúde e Assistência)
SUIVE	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (Sistema Único de Informação da Vigilância Epidemiológica)

Glossário

ABURRIR	Cansaço, fadiga.
ABUSAR	fazer uso excessivo, uso indevido de uma pessoa ou coisa.
AGITADA	inquieta, mover-se rapidamente ou violentamente.
AMOLADO	Fragilizado.
ATAREADA	Atarefada, com muito trabalho.
BARBACOA	comida típica mexicana a base de carne de carneiro.
CARÁCTER	conjunto de qualidades que determinam a conduta de cada indivíduo
COMEZON	Prurito.
COMPRENSION	Compreensão, entender alguma coisa.
COSTUMBRE	Costume.
DESGANADA	Desinteressada.
ENCAJONADO	Armazenado.
ENFADADO	Bravo.
ENOJO	Mágoa, raiva.
ENTRETENER	Entretenimento.
FLOJA	preguiça.
FLOJERA	preguiça. fraqueza.
GANAR	Ganhar, adquirir algo com esforço, trabalho.
INTENDENCIA	Equipe de limpeza de alguma área.
PATRON	patrão.
PESADA	Penoso.
PLAZA	Lugar, espaço físico.
PUESTO	Cargo, função.
RICA	Sabor da comida, refere-se a algo gostoso.
ROBAR	Roubar.
SOBRECARGADO	Sobrecarregado.
VIENTRE:	Ventre.

Sumário

Resumo	
Resumen	i
Abstract	ii
Lista de Tabelas	iii
Lista de Abreviaturas e Siglas	iv
Glosario	v
Apresentação	1
1 Introdução	6
Objetivo	16
2. Diabetes tipo 2	17
3. Fundamentação Teórica	24
Atenção Primária de Saúde e Promoção da Saúde	25
Trabalho e Aposentadoria	37
Sistema Nacional de Saúde do México	44
4. Trajetória Metodológica	51
4.1 Tipo do Estudo	52
4.2 Cenário do Estudo	52
4.3 Local do Estudo	54
4.4 Coleta dos Dados	65
4.5 Análise dos Dados	66
4.6 Considerações Éticas	67
5. Resultados e Discussão	69
5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	70
Vida Antes da Aposentadoria	
5.2 Vida Dedicada ao Trabalho	74
5.3 Insegurança em Relação ao Diabetes Tipo 2	84
Vida Depois da Aposentadoria	

5.4 Alternativa Posterior à Aposentadoria.....	90
5.5 Plano Terapêutico para o controle do Diabetes Tipo 2.....	95
6. Considerações Finais.....	103
7. Referências Bibliográficas.....	107
Apêndices.....	126
Apêndice 1	
Apêndice 2	
Apêndice 3	
Apêndice 4	
Anexos.....	133
Anexo 1	

APRESENTAÇÃO

Quando iniciei minha formação como enfermeira sempre tive inquietação por contribuir na manutenção da saúde das pessoas e no aumento da qualidade de saúde das mesmas. Sempre acreditei que a minha escolha profissional iria me proporcionar essas oportunidades. Essa certeza me ajudou a assumir o desafio da enfermagem, embora naquele momento da minha vida não tenha tido o incentivo de uma figura muito importante que era a minha mãe, pois, para ela a enfermagem representava uma vida sofrida para o profissional.

Contudo, não desisti e fui atrás de meus objetivos profissionais, uma vez que meu interesse pela enfermagem era mais forte que tudo. Naquele período tive a oportunidade de conhecer um panorama geral do mundo de trabalho da enfermagem, tanto no nível preventivo como no nível curativo, me incentivando ainda mais a optar pela profissão e contribuir com a saúde das pessoas através de meus conhecimentos e prática em enfermagem.

Minha proximidade com o trabalho da enfermagem incentivou-me a dar continuidade às minhas atividades profissionais na assistência e docência. Meu trabalho na docência se focalizou na preparação dos alunos para que eles tivessem as ferramentas necessárias para ajudar as pessoas que necessitam de atenção de saúde, dando ênfase na responsabilidade que se assume ao estudar enfermagem e na importância de adquirir bons e consistentes conhecimentos para dar resposta às demandas da saúde da população.

Durante meu desempenho como docente sempre me envolvi com a área da atenção de enfermagem no adulto e essa experiência tem trazido muitas satisfações pessoais e profissionais. Tive a oportunidade de vivenciar momentos gratificantes ao perceber o domínio teórico e prático das alunas formadas pela instituição onde venho atuando até o momento.

No ano de 1996 optei por desenvolver o mestrado em administração, com o objetivo de ter as ferramentas necessárias e poder contribuir com meus conhecimentos na organização da saúde, visando oferecer outras alternativas de vida que promovam melhores condições de saúde para a população.

Um momento muito gratificante na minha vida profissional foi à elaboração de um plano curricular do curso pós-técnico de cuidados intensivos, pois representou uma grande contribuição na formação de colegas. Assim, possibilitou o aprimoramento de habilidades cognitivas e práticas para oferecer maiores e

melhores cuidados de enfermagem nas diferentes unidades de atuação. Vale destacar a minha experiência na coordenação de diferentes cursos pós-técnicos.

No ano de 2000 a escola de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya implantou mestrado em ciências de Enfermagem participando como assessora das alunas nas diferentes disciplinas que conformavam o programa. Assim, tive a oportunidade de ministrar uma disciplina que me possibilitou obter os conhecimentos necessários para descobrir mais de perto o sentimento do enfermeiro com respeito à profissão.

A enfermagem tem vários campos de ação, dentre eles a área administrativa. Desde o ano de 2002 venho ocupando o cargo de secretária administrativa dentro da Faculdade de Enfermagem. Essa experiência me possibilitou adquirir habilidades na gestão e direção de recursos humanos.

Minhas atividades na área assistencial foram desenvolvidas no decorrer da minha formação profissional e durante os estágios clínicos. No último semestre do curso de enfermagem fui contratada por uma clínica particular para realizar plantões, tendo como principal responsabilidade oferecer cuidados de enfermagem para casos específicos. Ao final da graduação iniciei minhas atividades como profissional de enfermagem no Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) em Celaya.

Nesse período, minhas atividades estavam voltadas para a área assistencial nas diferentes especialidades. Essa experiência me permitiu compreender de uma forma mais ampla a problemática da saúde da população, e me aprimorar tecnicamente para dar resposta às demandas e/ou necessidades das pessoas.

Durante minha trajetória profissional tive reconhecimento oficial do governo Mexicano pelo meu desempenho como enfermeira a serviço da população. Outros reconhecimentos foram outorgados também pela instituição hospitalar onde atuava, assim como, pelas próprias pessoas que manifestaram estarem satisfeitos pela qualidade da atenção recebida pela minha pessoa.

Acredito na relevância da atenção à saúde tanto das pessoas sadias como das pessoas doentes, assim, de informar e conscientizar os indivíduos visando o reconhecimento da importância de preservar a saúde e encorajá-los para assumir a responsabilidade no cuidado da saúde, principalmente aquelas pessoas que adoececem de patologias crônico-degenerativas como a diabetes, com risco permanente de complicações.

Vivenciei a dor das pessoas perante a impotência de atuar diante da doença. Assim, sentimentos de culpa ao perceber que algumas situações de agravamento da doença podiam ter sido evitadas. No meu contexto familiar também tive a difícil experiência de conviver com uma pessoa com diabetes, vivenciando mais de perto suas percepções, motivações para lidar com a doença e as necessidades inerentes a esse processo mórbido, não restrito apenas ao aspecto físico, mas também, emocional, social e inclusive financeiro.

É importante destacar que muitas situações de agravamento ou complicações da doença não são apenas responsabilidades do doente e família, algumas vezes o desfecho desfavorável do cuidado está relacionado à qualidade da atenção oferecida pelos profissionais de saúde. Geralmente a atenção aos doentes de diabetes focaliza-se apenas no aspecto técnico, negligenciando as atividades de educação e informação sobre os cuidados com a doença.

A compreensão desse contexto aumentou meu interesse por conhecer ainda mais de perto a problemática de saúde dessa população em termos de percepção sobre si mesma, sobre a doença, sobre a atenção recebida nos serviços de saúde, e as dificuldades que interferem na adesão ao tratamento e co-responsabilidade no processo de cuidado.

Dessa forma, no ano de 2005 iniciei meus estudos de Doutorado em Enfermagem na Universidade de São Paulo - Brasil, com o objetivo de aperfeccionar meus conhecimentos para desenvolver atividade de pesquisa assim opte pela temática de condições crônicas e pelo estudo dos indivíduos com diabetes tipo 2. Destaca-se que, embora existam programas de prevenção, Promoção da Saúde e novos tratamentos da doença, o diabetes ainda vem acometendo mais pessoas no mundo e gerando graves complicações.

Assumi o desafio de realizar o doutorado e acredito que esta nova experiência irá oferecer as ferramentas de pesquisa necessárias para implantar e programar novas estratégias de cuidado a essa população, contemplando o indivíduo de forma integral, como sujeito e não apenas como objeto de trabalho. Acredito também que, desta forma será possível avançar para uma atenção mais humanizada e de qualidade que contribuirá de maneira efetiva ao bem estar das pessoas acometidas pelo diabetes.

O doutorado se apresenta como uma oportunidade de crescimento científico para meu campo de atuação em enfermagem e me possibilitará compreender ainda

mais as múltiplas opções de que dispõe a pessoa com diabetes para viver com qualidade; que é possível ter projetos de vida mesmo convivendo com a doença; que o profissional de saúde tem a grande responsabilidade de contribuir e criar um ambiente favorável para a conscientização dessa população buscando uma co-responsabilização no cuidado para o controle do diabetes.

É importante ressaltar que o processo inicial do doutorado vem me proporcionando uma ampla compreensão da relevância da Promoção da Saúde e ainda mais, que é possível acreditar em uma mudança da realidade para uma cultura de cuidado e da Promoção da Saúde, da prevenção da doença, e quando doente, evitar complicações que afetam a qualidade de vida das pessoas.

Ainda considero que o desafio do doutorado me encoraja para assumir a responsabilidade com a formação em pesquisa de recursos humanos, através da construção de conhecimentos junto com os alunos de enfermagem e demais profissionais no âmbito da academia e dos serviços de saúde.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a saúde é tida como a maior fonte de recursos para o desenvolvimento social, econômico e individual, e neste sentido, se constitui em um aspecto importante na qualidade de vida das pessoas (OMS, 2000).

Um estudo realizado no México, no ano de 2000, revelou que a maioria da população mexicana procura por consulta médica apenas quando existe um problema grave de saúde, acarretando, dessa forma, uma sobrecarga econômica significativa para o Sistema de Proteção Social. Identificou-se que há um gasto significativo de recursos financeiros para o tratamento das doenças, do que em investimentos na área de Promoção da Saúde e prevenção de doenças ou contingenciamento de agravos. Constata-se, portanto, que o atual modelo de atenção à saúde tem a doença como foco central (MÉXICO, 2000b).

A busca pela saúde e qualidade de vida da população ocorre por meio da implementação de estratégias de Promoção da Saúde - para uma vida saudável - e prevenção das doenças através de ações preventivas, educativas, assim como de avaliação do nível de conhecimento da população sobre a saúde, com o propósito de desenvolver ações de proteção para a mesma, constituindo-se, portanto, de ferramentas necessárias às populações para assegurar um maior controle sobre sua própria saúde e de melhorar a qualidade de vida (OMS, 1986).

Diversos fatores têm contribuído para mudar a concepção sobre a saúde, entre os quais: o aumento das doenças crônico-degenerativas e a diminuição das doenças infecto-contagiosas, exceto aquela provocada pelo HIV, condições de vida, lazer e de trabalho. A partir dessa nova concepção ampliada de saúde, e de seus determinantes, as doenças crônicas começam a ser entendidas, não apenas pelas alterações genéticas ou por processos biológicos e sim como resultado de diversos fatores que se interrelacionam com o sujeito e seu entorno social, levando em conta também aspectos emocionais e estilos de vida das pessoas (MÉXICO, 2000b).

Outro aspecto, ainda não bem explorado na área da saúde, é em relação à aposentadoria, que surgiu como uma forma de assegurar a sobrevivência da geração de trabalhadores que envelhecerá e perderá a capacidade para o trabalho (SAMPERIO, et al, 2003), constituindo-se, portanto, num momento propício para o

aproveitamento de tempo livre que poderia assegurar um espaço ideal para o cuidado para com a saúde.

No México, ano de 1929, se federaliza a legislação sobre a Previdência Social, declarando-se de utilidade pública a expedição de uma Lei de Seguro Social. Em janeiro de 1943 surge a lei do Seguro Social, que em primeira instância se orienta para a proteção dos trabalhadores, e posteriormente, visa estender a cobertura da Seguridade Social a outros setores da população, contemplando os servidores públicos, camponeses, grupos marginalizados e estudantes (MÉXICO, 2005a).

Um dos maiores desafios para a Seguridade Social no México tem sido oferecer Proteção Social a todos os habitantes. No entanto, somente 35% da população esta incorporada ao Sistema de Seguridade Social nos seus diferentes regimes. Dessa forma, numerosos grupos sociais não têm a possibilidade de se integrar aos benefícios que outorgam a Seguridade Social, por estarem incorporados ao setor da economia informal, ou perceber remunerações não consideradas salariais. O financiamento e a cobertura da Seguridade Social estão vinculados à situação do emprego e ao teto salarial.

No processo de aposentadoria a distribuição de recursos financeiros ocorre de forma diferente tanto no nível estadual como no nível municipal. Em relação ao nível estadual, estes, juntamente com o Distrito Federal estabeleceram uma Secretaria de Saúde (SS) que coordena as atividades encarregadas de resolver os problemas específicos que afetam a cada ente federal do país. Destaca-se que a SS destina maior orçamento para os estados, diferentemente em relação aos municípios (LAVALLE, 1999).

De acordo com a Lei Geral de Trabalho, a idade para a aposentadoria para os homens, no México, é de 28 anos de tempo de serviço e/ou 60 anos de idade. Para as mulheres é de 27 anos, ou aos 58 anos de idade. De acordo com a nova legislação, a idade para aposentadoria é de 65 anos de idade em ambos os sexos, atribuído ao fato de que às pessoas que se incorporaram mais recentemente ao mercado de trabalho terão uma esperança de vida maior (BOLETIM FIAP, 2004).

Quando as pessoas chegam ao cumprimento de seu tempo de serviço se inicia o processo de aposentadoria, momento no qual ela tem que estar preparada para enfrentar as mudanças que podem advir desse processo: alterações na sua vida, no seu papel familiar, no seu papel social, em seus recursos financeiros, entre

outros aspectos, podendo provocar importantes alterações na sua saúde, ou seja, por meio do desenvolvimento de doenças ou complicações daquelas já existentes.

Ao chegar o momento da aposentadoria deve-se levar em consideração que as pessoas se encontram em uma etapa de vida que ocorrem importantes mudanças relacionadas ao corpo biológico e social, com relativa diminuição das atividades laborais e de lazer. Nesse sentido, o indivíduo enfrentará tanto mudanças relacionadas ao processo de envelhecimento, como aquelas mudanças relacionadas ao processo de aposentadoria. Portanto, se considera importante que as pessoas tenham projetos de vida para depois da aposentadoria, no intuito de se manterem produtivos e saudáveis.

O acidente, a doença, a morte, a velhice, a aposentadoria e em geral o infortúnio, são circunstâncias que envolvem e podem afetar a família e o local de trabalho das pessoas. Quando o indivíduo deixa de trabalhar, a família sofre os efeitos dessa nova situação socioeconômica, geralmente agravada pelas precárias condições de vida, uma vez que o salário do trabalhador é baixo, impossibilitando alguma forma de poupança de recursos financeiros para enfrentar situações de doenças e/ou necessidades que possam surgir na família após a aposentadoria (MÉXICO, 2000a).

Eventos como as doenças crônicas são comuns ocorrerem nesta fase da vida, e dentre elas podemos citar o diabetes tipo 2 como uma das doenças crônicas com maior prevalência na saúde pública.

O diabetes tipo 2 é considerado um problema de Saúde Pública pelo seu caráter crônico e por ser uma doença que afeta grandes proporções da população. É um dos problemas de saúde mais importantes na atualidade, tanto em termos de percentuais como de potencial para gerar incapacidades e mortalidade, assim como em termos dos custos financeiros para o controle e tratamento das complicações (BRANDÃO, et. al, 2005), afetando, dessa forma, a qualidade de vida das pessoas.

A prevalência mundial do diabetes aumentou muito nas últimas duas décadas, estimando-se que o número de indivíduos com diabetes continuará a crescer em um futuro próximo. Na atualidade a prevalência do diabetes tipo 1 e 2 está aumentando no mundo inteiro, com evidências de que o diabetes tipo 2 crescerá mais rapidamente, no futuro, devido as mudanças importantes no estilo de vida (HARRISON, 2002).

O número de indivíduos com diabetes aumenta com a idade da população, variando de uma incidência em cerca de 1,5% em indivíduos de 20 a 39 anos aproximadamente, e 20% em indivíduos com idade acima de 75 anos. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) existem aproximadamente 30 milhões de diabéticos nas Américas (BRANDÃO; ARAÚJO; NUNES, SUARES; JOB; MONTÓN; TORRES; 2005)

Na América Latina a prevalência desta doença é maior que em qualquer outra região por fatores de caráter racial, além das mudanças nos estilos de vida. A prevalência total do diabetes tipo 2 se estima em 6% da população (90-95% das pessoas com diabetes), aumentando a prevalência de forma significativa em relação à idade: alcançam cifras entre 10-15% na população maior de 65 anos, 20% se considerarmos só os maiores de 80 anos (HARRISON, 2002).

A incidência de diabetes é igual entre os homens e as mulheres na maioria das faixas etárias, mas é ligeiramente maior nos homens com mais de 60 anos. A mortalidade é 2-3 vezes superior em pessoas nos quais são diagnosticados depois dos 40 anos (HARRISON, 2002).

A evolução da mortalidade por diabetes no período de 1975 a 1994, por sexo, tem uma taxa estandarizada acima de 30 por 100.000 em mulheres, incrementando-se na década de 80; no entanto, no início dos anos 90 se observa um progressivo declínio até se localizar ao redor de 24 por 100.000 em 1994. No homem, a taxa estandarizada de mortalidade tem se mantido constante, ao redor de 18 por 100.000 habitantes (HARRISON, 2002).

No estado mexicano houve mudanças importantes nos índices de mortalidade e morbidade nas últimas quatro décadas. Há sobreposição das doenças consideradas evitáveis com as doenças crônicas. Diante do aumento da esperança de vida, pela transição demográfica e epidemiológica no México, observa-se um aumento de pessoas com doenças crônico-degenerativas que continuam pontualmente seus tratamentos para alcançar um controle efetivo das mesmas e uma melhor qualidade de vida. Estima-se que controle da morbidade e da mortalidade pelas doenças infectocontagiosas têm favorecido o incremento da esperança de vida (BRANDAO, 1999).

Em 1992 a expectativa de vida do mexicano era de 40 anos, em 1995 alcançou uma média de 70 anos. As doenças crônicas degenerativas são resultados

de múltiplos fatores como o crescimento demográfico, genéticos, econômicos, sociais, culturais dentre outros (KUMATE, 1994).

A pobreza é um fator que pode favorecer o desenvolvimento do diabetes, pois é associado com padrão alimentar inadequado aumentando o risco de desenvolver doenças como o diabetes, convêm lembrar que 15% da população sem escolaridade adoece de diabetes (ZARATE, 1994; DIABETES MELLITUS PRIORIDAD INSTITUCIONAL, 2000)

A SS do México compreende o diabetes como uma doença silenciosa e refere que três em cada 100 mexicanos desconhecem que estão com a doença, desta forma, a doença vai evoluindo silenciosamente nos indivíduos durante um período de 3 a 7 anos. Um de cada 10 mexicanos adultos acima de 20 anos sofre de diabetes (MARTÍNEZ, 2005)

Portanto, o diabetes representa um dos principais problemas de saúde pública no México, e é considerado como de maior extensão pela a sua associação com o estágio de desenvolvimento do país, relacionado com fatores como os estilos de vida e fatores hereditários além de outros. Estima-se que no ano de 2025 ocupará o sétimo lugar mundial com 12 milhões de doentes (LANDEROS, 2000)

De acordo com o Censo Nacional de Saúde de 2000, o México tem uma prevalência de 10,9% de diabetes. A incidência do diabetes tipo 2 é alarmante no país, pois afeta atualmente quase 10 milhões de pessoas, constituindo-se na terceira causa de morte entre os mexicanos; 40% da população mexicana apresenta sobrepeso, cifra que sugere que cerca de 20 milhões poderiam ter desenvolvido o diabetes tipo 2 nos últimos 15 a 20 anos (MEXICO, 2003b). A maior incidência da doença evidencia-se nas áreas norte e centro do país, onde os hábitos alimentares são inadequados, uma vez que consomem grandes quantidades de gordura animal, carboidrato e doces.

Atualmente há no país 8 milhões de diabéticos em idade adulta, dos quais a metade desconhece a presença da doença (BRANDAO, 1999). Um de cada dez mexicanos sofre a doença que é geralmente diagnosticada quando já na fase instalada (FUENTES; LARA; RANCEL, 2004)

Destaca-se que o desconhecimento da presença da doença e da importância das ações de Promoção da Saúde e prevenção da doença são elementos que podem dificultar o enfrentamento das alterações que podem surgir no decorrer da vida e que afetam diretamente a saúde e a qualidade de vida.

O controle do diabetes requer uma modificação nas condições e estilo de vida e no manejo dos fatores estressantes. Nesse sentido, destaca-se a relevância da organização dos Sistemas de Saúde por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), e no desenvolvimento e implementação de ações efetivas de Promoção da Saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e contingenciamento de seus agravos. Outro fator importante é a participação social, já que através dela é possível realizar parte do controle das Instituições Públicas e Privadas favorecendo, portanto, ações promotoras de saúde assegurando, entre outras, o acesso das pessoas com diabetes tipo 2 aos serviços de saúde para o controle da doença.

Sendo o diabetes tipo 2 um sério problema de saúde pública e uma das principais causas de mortalidade na população, estudos vêm sendo realizados na área de saúde sobre a doença, investigando as alterações que podem interferir no processo saúde-doença dos indivíduos e populações, especialmente quando não se considera nas ações de saúde o entorno social destes indivíduos.

Diante do exposto esta pesquisa tem como objeto de estudo a pessoa aposentada com diabetes tipo 2 com o objetivo de compreender as mudanças que ocorrem na vida e na sua saúde.

A seguir apresentamos alguns estudos que despertam a necessidade de desenvolver outras pesquisas que venham a contribuir para o aumento da qualidade de vida da população.

Um estudo realizado por Rodrigues (2003) evidenciou que os modelos clínicos de atenção ao adulto diabético têm pouca influência no sentido gerar de mudanças efetivas para um estilo de vida mais saudável. Caritita (2002) mostrou que do total de 66 sujeitos investigados, 60,6% conheciam a existência de atividades educativas no hospital, mas apenas 21,2% participaram das atividades oferecidas. Dos sujeitos que conheciam as atividades educativas, as principais causas mencionadas para a não participação foram: a falta de interesse, horário inadequado e dificuldades de transporte. Evidencia-se então, a necessidade de fortalecimento e ampliação de grupos de educação em saúde para diabéticos.

Otero (2003) teve como objetivo medir o impacto de um programa de Promoção da Saúde sobre o conhecimento do diabetes na população por ele atingida em Querétaro, México, no ano de 2001. Depois da intervenção o percentual das pessoas com conhecimentos sobre a doença aumentou de 10% para 72,5%.

Ferreira (2003) realizou um estudo tipo análise de série histórica em aposentados por incapacidade permanente no período de novembro 1996 a dezembro 1999. O autor identificou 355 casos de aposentados por incapacidades permanentes relacionadas ou não ao trabalho. O grupo de doenças que se apresentou com maior tempo antecedendo a aposentadoria foi: as doenças endócrinas e metabólicas, do aparelho respiratório, as doenças mentais, do aparato circulatório e finalmente, as doenças osteomusculares.

A pesquisa realizada por Garcia (2002) em uma primeira etapa em Tepic Nayarit-Mexico, tendo como amostra 19 pessoas diabéticos tipo 2 com menos de 10 anos de se saberem doentes, mostrou que esta população foi diagnosticada sem complicações. As principais causas do diabetes tipo 2 estão relacionadas a aspectos emocionais, condições pessoais, condutas inapropriadas. As complicações referidas mais de uma vez estão relacionadas a problemas orgânicos, agravamento de condições patológicas, doenças e dano específico. A segunda etapa da pesquisa realizada por Garcia, determinou o consenso cultural sobre os modelos semânticos de causas e complicações. Os valores encontrados mostraram a existência de acordo com a cultura, tanto em homens como em mulheres, onde os maiores conhecimentos foram identificados em mulheres.

Fuentes (2004) realizou um estudo de tipo transversal com uma amostra de 91 pessoas diabéticos menores de 39 anos identificando, através da valoração os estilos de vida. Em 67% se identificaram estilos de vida não saudáveis principalmente na alimentação, 92 % prática de exercício, 71% descanso e lazer e 50% auto-responsabilidade.

Diaz (2004) realizou um estudo de corte transversal com o objetivo de identificar o comportamento epidemiológico do diabetes mellitus. Determinou a prevalência registrada no período de 1990 a 2001, tendo havido um incremento no período. Este estudo deixa em evidência o alto risco que implica a falta de controle da doença na presença de complicações diversas que levam a alterar a relação familiar, emocional, econômica, laboral e social na população.

Destaca-se, portanto, destaca-se a importância de desenvolver medidas adequadas ao longo da vida para a manutenção da saúde, e aderir às recomendações proporcionadas pelos profissionais de saúde. Quando a patologia está presente mais de uma vez, com mais frequência essa doença se apresenta precocemente, trazendo como resultado a procura da aposentadoria e/ou pensões

de uma população cada vez mais jovem, criando maiores demandas financeiras para o país e piores condições de vida.

Gallardo (1991) realizou um estudo com foco na promoção da adaptação dos aposentados. Buscou a forma de como assegurar a saúde mental e estimular a saúde social nessa população ao mostrar a aposentadoria com uma mudança maior na vida pessoal de um trabalhador. Quanto mais negativa seja a apreciação do trabalhador para essa mudança, mais susceptível será para o sofrimento e estresse, e por consequência a presença de doenças psicossomáticas e/ou psiquiátricas.

No Brasil foram realizados vários estudos (Mendez, 1975; Nunez 1982, Rodrigues, 1992) dentre outros, onde se pesquisou o comportamento do diabetes naquelas pessoas que sofrem a doença e como ela tem provocado diferentes alterações físicas, emocionais e sociais.

Mendez (1975) estudou a importância da orientação sobre o autocuidado ao paciente diabético. Mahl (1979) buscou comparar as informações sobre o autocuidado ao diabético, consideradas importantes pelo doente, não encontrando consenso entre os dois grupos com relação à importância das informações, podendo gerar a necessidade de fornecer informações adequadas e suficientes para o paciente, visando promover melhores condições para aumentar a qualidade de vida.

Nunes (1982) avaliou o grau de competência dos diabéticos para o autocuidado. Oliveira (1994) comprovou que os pessoas que tinham maior capacidade de autocuidado eram os que tinham maior escolaridade, ou seja, a escolaridade é um fator que favorece o autocuidado.

Outro estudo realizado por Cruz (1998) foi sobre o perfil de mulheres portadoras de diabetes mellitus internadas em uma unidade de assistência ginecológica. Um outro estudo realizado por Mota (1987), identificou e analisou os conhecimentos do cliente portador de diabetes mellitus acerca de sua enfermidade.

Mondardo (1982) verificou que as ações que mais se praticam se localizam na fase de prevenção secundária, o que pode ajudar a iniciar medidas de Promoção da Saúde para que o paciente esteja em melhores condições para se manter saudável.

Um estudo sobre a fenomenologia do existir do diabético buscou aprofundar e compreender as percepções e significados das experiências vividas pelo diabético, a partir da sua própria vivência. O estudo oferece uma idéia sobre a transformação do mundo da pessoa com diabetes (BAPTISTA, 1992).

Damasceno (1996), em seu estudo, refletiu sobre a assistência ao diabético nas instituições públicas de saúde, formação dos profissionais e sobre a assistência da enfermagem ao diabético.

Os estudos supracitados estabelecem a necessidade de fortalecer as estratégias de saúde para incentivar a população a levar em consideração as ações de Promoção da Saúde e de prevenção de doenças para se ter qualidade de vida e evitar que a doença acometa pessoas mais jovens.

Um estudo realizado por Ataíde, (1999) em pessoas jovens com diabetes, teve como objetivo descobrir o mundo vivenciado pelos diabéticos jovens, onde se revelou que os diabéticos estão situados no mundo rodeados por pessoas o que contribui para a percepção de si mesmo num corpo dicotomizado: o ser diabético e ter diabetes.

O estudo realizado por Santana (1998) representou uma possibilidade de pensar a existência do outro, de quem cuida, compreendendo-o enquanto ser humano inserido na sua realidade. No estudo de Gonzáles, (1993) se constatou a experiência do diabético possibilitando uma maior compreensão da maneira de pensar e sentir do doente. Nesse estudo constatou-se a importância da visão integral na atenção ao paciente com diabetes. É importante valorizar o aspecto emocional, pois pode sofrer alteração ao mudar o papel familiar e social do paciente diante das limitações que a doença impõe.

Outras pesquisas que abordaram a assistência das pessoas para melhorar as condições de vida foram: a educação em saúde para pessoas diabéticas (SANTOS, 1999) e o diabetes mellitus tipo 1 em crianças e adolescentes: um desafio para as mães e profissionais de saúde (ZANETTI, 1996); modos de enfrentar problemas e sua relação com o comportamento emocional e controle metabólico das pessoas portadoras de diabetes mellitus (FERRAZ, 1995); a mão dupla do poder: a enfermagem e os velhos no Grupo de Diabéticos (SABOIA, 1995); a análise evolutiva do processo de cicatrização das úlceras em diabéticos, de pressão e venosas, com o uso da papaína (MONETTA, 1998); possibilidade de vida com melhor qualidade das pessoas diabéticas (PROCHNOW, 1998); o cuidado à criança diabética na teia da vida (TREVISAN, 1998); o perfil das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 registradas no programa de assistência ao diabético (ROSSI, 1999); avaliação de dois esquemas de monitorização domiciliar em pessoas com diabetes mellitus tipo 1 (GROSSI, 1999); experiência vivida na consulta de enfermagem

quando os pessoas diabéticos abandonam o programa de doenças crônicas (SANTOS, 1999) e a educação e conscientização dos velhos diabéticos (TAVARES, 1997).

Com esses estudos pode-se ter um panorama amplo do comportamento do diabetes como uma doença e os graves danos que ocasionam na vida da pessoa doente; assim também, se destaca a importância de que o paciente se sensibilize com o autocuidado, formas de lidar com a doença e com as mudanças que se apresentam tanto no nível pessoal, como no nível familiar, e que interferem no equilíbrio social.

Atualmente parecem existir, por parte das pessoas com diabetes, desconhecimentos sobre a própria doença. Fatores relacionados às condições de trabalho ou mesmo de aposentadoria, são determinantes para a sua sobrevivência ou da família. As mudanças no campo social, econômico e emocional, gerados pelas condições de trabalho e ou aposentadoria, podem ocasionar importantes alterações na vida de quem não está preparada para tais eventos.

Assim, considerando que a aposentadoria pode ser um fator importante que interfere na saúde de pessoas com diabetes, esta pesquisa tem como objetivo:

OBJETIVO

- Compreender as mudanças que ocorrem na vida das pessoas com diabetes tipo 2 na aposentadoria.

2.DIABETES TIPO 2

O diabetes, como uma condição crônica de saúde é considerada um problema de saúde pública, na atualidade. É uma doença que não tem cura, é persistente do tempo, e, portanto a pessoas acometidas por essa enfermidade requerem educação para seu autocuidado e supervisão contínua por longos períodos de tempo. (OMS, 2003).

A prevalência mundial do diabetes aumentou muito nas últimas duas décadas, caracterizando-se como uma epidemia. A prevalência para todos os grupos de idade e sexo estimada em 2000 foi de 2,8%, com projeção de 4,4% para 2030. Destaca-se que aumento da prevalência nos próximos 25 anos ocorrerá nos países em desenvolvimento. Outro fator preocupante é fato de que, enquanto nos países desenvolvidos as pessoas mais afetadas são as idosas, os países em desenvolvimento, a incidência ocorre entre aquelas economicamente ativas (BEAGLEHOLE, 2004; WILD et al., 2004).

Nas Américas, a Federação Internacional de Diabetes estimou-se, 45 milhões de pessoas com diabetes para 2010 e 64 milhões para 2025 (OPAS, 2002).

Na América Latina a prevalência do diabetes é maior do que em qualquer outra região do mundo devido a fatores de ordem racial, além das mudanças nos estilos de vida. A estimativa da prevalência total do diabetes tipo 2 é de 6% da população, o que corresponde de 90 a 95% das pessoas com diabetes. A prevalência aumenta de forma significativa em relação à idade. A taxa de prevalencia é de 10 a 15% na população com idade superior a 65 anos e de 20% para pessoas com 80 anos ou mais. (MÉXICO. 2000b)

A incidência do diabetes tipo 2, no México, é alarmante pois afeta atualmente quase 10 milhões de pessoas, e constitui na terceira causa de morte em nível nacional. Destaca-se que 40% da população mexicana apresenta sobrepeso, o que sugere que cerca de 20 milhões de pessoas podem desenvolver do diabetes tipo 2 nos próximos 15 a 20 anos. A maior incidência dessa enfermidade encontra-se nas regiões norte e centro do país, onde os hábitos alimentares são inadequados, com alto consumo de gordura animal, carboidratos.

No ano de 1999, registrou-se 284.811 casos novos de diabetes. Atualmente há no país 8 milhões de diabéticos em idade adulta, dos quais a metade desconhece a presença da doença (MÉXICO. 2001b). Um em cada dez mexicanos tem a doença, e geralmente o diagnostico é realizado quando a doença já esta instalada (FUENTES; LARA; RANCEL, 2004)

A mortalidade por diabetes no México modificou o perfil epidemiológico das doenças nos últimos anos. Aproximadamente há 25 anos as enfermidades infecciosas eram as principais causas de morte. Atualmente as enfermidades crônicas degenerativas ocupam os primeiros lugares como causa de morte, sendo que em 1999, a taxa de mortalidade geral foi de 4,52 por mil habitantes.

No México, os índices de mortalidade e a mudança nos padrões de morbidade por sexo e idade foram se transformando ao longo das últimas quatro décadas. Hoje temos a persistência de doenças consideradas evitáveis infecções respiratórias agudas e gastrontestinais, que afetam os grupos de população mais marginalizada e empobrecida e, por outro lado, a intensificação da prevalência de doenças crônicas - diabetes mellitus, os adoecimentos cardiovasculares, as cardiopatias e os tumores malignos (BRANDAO, 1999).

O controle da morbidade e da mortalidade pelas doenças infectocontagiosas tem favorecido o incremento da esperança de vida. Em 1992 a expectativa de vida, no México, era de 40 anos, e em 1995 alcançou a média de 70 anos (BRANDAO, 1999).

Por outro lado, das doenças crônicas degenerativas representam a maior causa de morbidade em países industrializados, e sua incidência está aumentando, rapidamente, nos países em desenvolvimento devido a transição demográfica e as mudanças nos estilos de vida da população. Essas doenças consomem recursos de saúde desses países e estão entrelaçadas com a pobreza, dificultando o entendimento à saúde que ainda, enfrenta outros problemas relacionados às doenças infecciosas, desnutrição problemas maternos e perinatais (NISSINEN; BERRIOS; PUSKA, 2002; OMS, 2003).

As doenças crônicas degenerativas estão relacionadas a uma serie de fatores sociais e comportamentais tais como crise econômica, hábitos, costumes e déficit de conhecimentos que denotam desvios na saúde.

Assim a pobreza é um fator predisponente, que pode favorecer o desenvolvimento do diabetes. Quando se tem um menor poder aquisitivo da população, geralmente, se observa que o consumo de alimentos é de pior qualidade, o que aumenta o risco de desenvolver diabetes. Ressalta-se que 15% da população sem escolaridade adoecem de diabetes (ZARATE, 1994; DIABETES MELLITUS PRIORIDAD INSTITUCIONAL, 2000)

Nessa direção, vários autores apontam que do diabetes resulta da interação de fatores genéticos e ambientais, entre os quais o estilo de vida tem um papel fundamental (KULMALA, 2003,; SALMINEN et al., 2004).

A OMS (1986) define o estilo de vida como modo de vida da pessoa, com base interação das condições de vida e nos padrões individuais de comportamento. Essa interação é determinada por fatores socioculturais e pelas características pessoais dos indivíduos. Assim, compreende-se estilo de vida como os padrões de comportamento eleitos pelos indivíduos entre aqueles disponíveis durante sua vida. Essa escolha depende da sua capacidade de decisão frente às alternativas disponíveis e sua situação socioeconômica.

Dentre os aspectos investigados, em relação a estilo de vida que constituem fatores de risco para diabetes temos a alimentação pouco saudável durante longo período de tempo, o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade e o consumo exagerado de álcool (FRANZ, 1997; ADEA, 1998; HOWARD; ARNSTEN; GOUREVITCH, 2004)

A modificação desses fatores de risco podem prevenir o protelar o aparecimento do diabetes ou, ainda, modificar sua história natural, com melhora da qualidade de vida da pessoa diabética e redução dos custos desta doença para o sistema de saúde dos diversos países.

A OMS (2002) estima que após 15 anos do aparecimento do diabetes mellitus, 2% dos indivíduos acometidos apresentarão cegueira, 10%, problemas visuais graves, 30% a 45%, algum grau cardiovascular. Estes problemas de saúde elevam de forma significativa os custos para o atendimento ao paciente diabético (OMS, 2002; BRASIL, 2001; OPAS, 2004).

Os custos do diabetes, no mundo podem ser divididos em custos diretos e indiretos. Os custos diretos referem-se a hospitalizações, consultas, complicações e medicações e variam de 2,5% a 1,5% dos gastos em saúde, dependendo da prevalência de diabetes do país e da complexidade do tratamento disponível (BARCELÓ; RAJPATHAK, 2001; OMS, 2002; BRASIL, 2001; OPAS, 2004).

O diabetes, também, representa uma adicional para a sociedade, considerada como custo indiretos, estes são decorrentes da incapacidade temporária ou permanente do paciente diabético, tais como a perda de produtividade no trabalho, a aposentadoria, anos potenciais de vida perdidos e a mortalidade precoce (BARCELÓ; RAJPATHAK, 2001; OMS, 2002; BRASIL.2001; OPAS, 2004).

Alem dos custos diretos e indiretos, o diabetes acarreta um custo social para pessoas e familiares, afetando a sua qualidade de vida frente a dor e ansiedade generalizadas pelo aparecimento da doença (BARCELÓ; RAJPATHAK, 2001; OMS, 2002; BRASIL, 2001; OPAS, 2004).

Diante da magnitude do problema, o diabetes constitui um grande desafio para o Sistema de Saúde de todos os países. Esse desafio é enorme, pois, na maioria dos países, o Sistema de Saúde está organizado em um modelo de atendimento para pessoas que apresentam condições de saúde agudas e precisam de pronto atendimento, e não para aqueles que apresentam condições crônicas de saúde, tal como diabetes.

A prevenção do diabetes e as complicações decorrentes da doença constituem prioridades para a saúde pública mundial. Nesse sentido, a prevenção deve ser realizada em diferentes níveis de atenção da saúde, mediante a identificação de indivíduos em risco, na prevenção primária é na identificação de casos não diagnosticados; a prevenção secundária é feita através do tratamento dos indivíduos já afetados pela doença, visando prevenir complicações agudas e crônicas mediante a prevenção terciária (BRASIL, 2004).

A OMS (2003) recomenda que para o atendimento de pessoas com condições crônicas de saúde, tais como diabetes, o envolvimento da pessoa diabética e sua família, as instituições de saúde e a comunidade são fundamentais no tratamento. Também pressupõem que diretrizes de saúde bem definidas, formação de lideranças em saúde, planejamento dos programas a serem implementados e alocação de recursos humanos para tratamento e educação em diabetes são necessários.

Nessa direção, vários países e instituições de saúde têm adotado estratégias específicas para enfrentamento do diabetes. Uma dessas estratégias é denominada Iniciativa de Diabetes para as Américas, da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), e tem como meta principal reduzir a carga social e humana do diabetes na população das Américas. Um dos objetivos é estabelecer trabalho colaborativo com os países membros das OPAS para melhorar a qualidade de vida das pessoas com diabetes (OPAS, 2003; OMS, 2003).

O Instituto Mexicano do Seguro Social, por meio da Secretaria de Saúde e do Centro de Vigilância Epidemiológica em 1998, elaborou um Plano de Educação para pessoas diabéticas, já identificados. As estratégias utilizadas para a

operacionalização desse plano educacional foram à criação de clubes de diabéticos (OPAS, 2002).

Na Espanha, está constituído um Grupo de Estudo de Diabetes em Atenção Primária à Saúde (Gedaps). Este grupo elaborou um guia denominado *Guia para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la Atención Primaria*, como contribuição ao programa de Ação da Declaração de São Vicente. Este guia pretende se converter num instrumento de referência para os profissionais que quiserem adquirir conhecimentos atualizados sobre diabetes (GRUPO DE ESTUDIO DE LA DIABETES EM LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD. GEDAPS, 2000).

Esse documento traz as diretrizes para direcionar os profissionais a lidar com pessoas diabética para o alcance das metas de bom controle glicêmico, lipídico e pressórico. Também trata das dificuldades para adesão o tratamento. A adesão a tratamento é, na verdade, o maior desafio da equipe multiprofissional no atendimento ao diabético. A adesão ao tratamento tem implicação para além do cumprimento do plano alimentar, da realização de atividades físicas e utilização das medicações prescritas, nos horários indicados e nas doses prescritas, além do comparecimento as consultas medicam e a realização exames laboratoriais.

Outros fatores tais como a relação da equipe multiprofissional com a pessoa diabética, a presença de outras patologias e co-morbididades, o número de medicamentos utilizados, os efeitos colaterais dos medicamentos, custo do tratamento, os aspectos psicossociais - percepção individual, auto-motivação, auto-estima, sensação de bem-estar, ansiedade e depressão – idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, cultura, hábitos de vida e crenças, entro outros constituem os aspectos significativos que interferem na adesão ao tratamento. A cronicidade da doença, ausência de sintomas e o risco das complicações em longo prazo, também, podem ser considerados como fatores que influencia a adesão.

Por outro lado é preciso compreender que o conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença é a base do cuidado para se conseguir o automanejo do diabetes, mas aquisição do conhecimento necessariamente, não se traduz em mudança de comportamento (BROWN, 1999; GUILLET, 2004).

Nessa direção o papel do enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional merece destaque. O seu papel de cuidador pode ser visualizado nas consultas de enfermagem e atividade grupal. Cabe ao enfermeiro, além de disponibilizar ao

paciente todas as informações necessárias acerca de sua doença, acompanhá-lo por um período de tempo com vista ajuda-lo, na tomada de decisões frente às inúmeras situações que a doença impõe.

Ao investir no desenvolvimento da capacidade e das habilidades do paciente para automanejo de a doença, o enfermeiro pode contribuir ativamente para que ele leve uma vida mais independente.

Nessa direção, o enfermeiro como membro de equipe multidisciplinar de saúde deve de ter como diretriz para o atendimento a pessoa com condição crônica de saúde os princípios da APS - Promoção da Saúde.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para a constituição da fundamentação teórica discutiremos aspectos relativos à APS e sua relação com os aportes da Promoção da Saúde, identificando os elementos principais deste eixo de abordagem, tanto do ponto de vista dos seus aspectos históricos quanto das mais recentes discussões sobre a conformação da organização dos serviços e das ações de saúde, e sua relação com o diabetes como uma condição crônica.

Esta aproximação tem a intencionalidade de identificar na APS e na Promoção da Saúde elementos importantes para o seguimento de pessoas que apresentam uma condição crônica e que necessitam um processo de atenção centrado no sujeito e não na organização dos serviços de saúde.

Também abordaremos as questões relativas ao Trabalho e Aposentadoria, buscando as interfaces desta relação e suas implicações para o campo de atenção à saúde, identificando em ambas temáticas processos que revelem características que possam potencializar e ou limitar liberdades de escolhas.

E por último discutiremos o Sistema Nacional de Saúde do México a partir da sua gênese e constituição identificando: objetivos, princípios, normas que orientam o Plano Nacional de Saúde,

ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E OS APORTES DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Comentar sobre a APS é não esquecer de que sua gênese aparece como forma sistematizada, em termos de organização dos Sistemas de Saúde, pela primeira vez na Grã-Bretanha onde era possível identificar três níveis: os centros de atenção de saúde primários, centros de saúde secundários e os hospitais-escola (STARFIELD, 2002), que viriam influenciar decididamente a reorganização de vários Sistemas de Saúde no âmbito mundial.

No entanto, a OMS vem difundindo com mais ênfase a idéia da APS a partir do final dos anos 70, com a conferência da Alma Ata (1978), quando decidiu adotar esse enfoque como fundamento para o alcance da meta de “Saúde para Todos no ano 2000”.

Para Starfield (2002: 31) também ampliou os fundamentos da APS trazendo a questão da educação em saúde, saneamento ambiental, programas materno-infantis, inclusive imunizações e de planejamento familiar; prevenção de doenças

endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção da boa nutrição e medicina tradicional.

A autora comenta que alguns dos princípios da APS não parecem refletir algumas realidades locais, como é o caso dos países desenvolvidos, havendo, portanto, discordâncias, entre teóricos e estudiosos, da extensão de sua aplicabilidade a determinadas sociedades onde a organização e distribuição das ações de saúde seguem a lógica orientada pela alta e média tecnologia, com pouco ou nenhum foco na tradição e orientação para a comunidade.

Desde então temos assistidos importantes mudanças no contexto da organização dos Sistemas de Saúde que buscam nos princípios da APS, respostas aos novos desafios e necessidades de saúde das populações com o intuito de melhorar a equidade da atenção.

Portanto, tomar a APS como elemento central no processo de organização dos Sistemas de Saúde é primar por desenhos institucionais que buscam criar mecanismos que maximizem aportes da justiça social. Tal enfoque resgata a noção de direito à saúde, como valor fundamental para a orientação do sistema de saúde, além da solidariedade social, operacionalizado através de um conjunto de princípios.

A APS é compreendida como:

[...] a atenção essencial à saúde, baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, universalmente acessível a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles, e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978).

Tomada sob este enfoque, percebe-se que a APS pode atuar como o fundamento do Sistema de Saúde mediante uma série de ações como o estabelecimento de políticas, programas e prioridades que permitem responder às necessidades reais de saúde da população; através da luta contra a exclusão social mediante a criação de vínculos sinérgicos dentro do setor saúde e outros setores e através da disposição de um ponto central, com claras linhas de autoridade, responsabilidade e prestação de contas que ajudem para a integração das atividades econômicas e sociais entre os setores.

Seguindo a definição da APS, o sistema da saúde deve ter como premissa principal o desenvolvimento de ações de saúde de acesso universal tendo como balizadores a ética e a autonomia das pessoas, o desenvolvimento de potencialidades para crenças e domínio da situação e/ou condições que influenciam no processo saúde-doença, visando estabelecer estratégias e ações de saúde articuladas com outros componentes do próprio setor, assim como com outros setores e atores sociais.

As duas últimas décadas apontam para diferentes experiências da APS, existem múltiplas interpretações de seu significado e uma diversidade nas práticas organizativas do setor saúde no âmbito mundial. Mendes (2002) toma a APS como estratégia de organização dos sistemas de serviços de saúde, onde reorganiza, reordena todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população. O autor propõe a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde, onde no centro, o primeiro nível de atenção funcionaria como a porta de entrada do sistema.

Na primeira interpretação da APS o autor a compreende como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, das quais se oferecem um conjunto de tecnologias simples e baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e com limites em relação à referência e contra-referência de um nível de atenção de menor para um de maior densidade tecnológica. Esta seria uma forma de implementação das políticas chamadas compensatórias em função das desigualdades sociais e regionais existentes, circunscritas pelo caráter concentrador de riquezas, assim como pela dependência de ajuda externa de outros países.

Na segunda interpretação apresentada por Mendes (2002) a APS é vista como o nível primário do Sistema de Serviços de Saúde, tendo a tarefa de organizar essencialmente a porta de entrada do Sistema de Saúde, enfatizando a função resolutiva dos serviços para os problemas mais comuns de saúde, no sentido de maximizar o custo-benefício e minimamente satisfazer as demandas da população, restritas, porém, ações de atenção do primeiro nível.

Mendes (2002) revela que nesta segunda interpretação há uma estratégia de reordenamento do nível de atenção primária e não de todo o sistema de saúde, no entanto, fica evidente que o reordenamento do primeiro nível do sistema exige também o mesmo, do segundo e do terceiro nível, mediante estratégias complementares. Assim, a APS conforma-se na porta de entrada, na base de um

sistema de saúde racional e hierarquizado, com densidade e complexidade tecnológica adequadas como condição para o funcionamento de um sistema de saúde com resolutividade e eqüitativo.

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde, de acordo com Mendes (2002), é uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde.

Esta última interpretação é a mais coerente do ponto de vista técnico, a mais ampla, pois contém dentro de sua significação estratégica, as duas outras concepções mais restritas e é a mais viável diante do estágio de desenvolvimento dos países em desenvolvimento.

Desta forma ao compreender a APS como uma estratégia de organização dos Sistemas de Saúde e tendo o primeiro nível de atenção como porta de entrada, alguns princípios devem nortear o processo de organização.

O primeiro deles refere-se à *orientação por problemas*, onde toma-se a saúde da população através de problemas e de seus determinantes. A *Intersectorialidade* dado que apenas o setor saúde não consegue responder às múltiplas dimensões que o cuidar em saúde exige, havendo, portanto, a necessidade de uma articulação de vários outros setores que possam contribuir para alcançar melhores índices de saúde e qualidade de vida. A *hierarquização* traz a idéia de uma organização setorial capaz de manter articulação em graus ascendentes de acesso aos serviços de densidade tecnológica complexas, através da referência e contra referência. A *longitudinalidade* busca assegurar que as ações de saúde sejam prestadas por meio de cuidados contínuos ao longo do tempo, superando a atenção por demanda espontânea. A *Integralidade* envolve ações de saúde que articulem aspectos preventivos, promocionais, curativos e reabilitadores de forma integrada, atuando nos diferentes espaços sociais de produção e reprodução da saúde e da própria vida dos sujeitos, famílias e grupos sociais. A *Focalização na Família e Orientação Comunitária* traz a idéia de que as pessoas devem ser cuidadas a partir do contexto familiar e de seu entorno, bem como da articulação dos componentes e equipamentos sociais presentes no espaço comunitário (STARFIELD, 2002).

Estas discussões sobre a APS estão relacionadas a Sistemas de Saúde considerados integrados, onde a organização da atenção se dá por meio de uma rede integrada entre os pontos de atenção (entendido aqui como todas as instituições que compõem a rede assistencial à saúde) que prestam uma assistência contínua à população e se responsabiliza pelos resultados sanitários das pessoas naquele espaço social (MENDES, 2002).

No que concerne aos Sistemas de Saúde fragmentados existe uma visão piramidal, na qual os pontos de atenção à saúde estão organizados por níveis hierárquicos numa relação do nível menos para o mais complexo. No entanto, esta concepção de níveis de complexidades é equivocada, pois estabelece que a APS é menos complexa em relação aos demais níveis de atenção, contrariamente, nos sistemas integrados a complexidade é dada pela incorporação de densidade tecnológica.

Para que a APS desempenhe o seu papel de centro de comunicação num sistema integrado de serviços de saúde, deve atender a três funções essenciais: *papel resolutivo*, onde a maioria dos problemas de saúde da população deve ser resolvida no primeiro nível de atenção; *papel organizador* que esta relacionada com sua natureza de centro de comunicação, organizando fluxos e contra fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; o de *responsabilização*, ou seja, assumir a co-responsabilidade pela saúde dos cidadãos em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam (MENDES, 2002).

Estas funções atribuídas à APS estão relacionadas a uma organização da atenção à saúde não mais voltada somente aos aspectos preventivos ou curativos, mas a uma forma de atenção capaz de envolver ações consideradas integrais, ou seja, que atendam a Promoção da Saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação. Esta nova sinergia entre as ações de saúde envolve profundas mudanças no que concerne à própria organização da atenção, valorizando as diferentes etapas de atenção à saúde, dentre elas a Promoção da Saúde.

O termo Promoção da Saúde não é novo, sua construção teórico-prática inicia com Henry Sigerist, quando concebeu quatro funções essenciais da medicina: *a Promoção da Saúde a prevenção da doença a restauração do doente e a reabilitação*. Sigerist foi o primeiro a usar o termo Promoção da Saúde para se referir às ações baseadas na Educação Sanitária e às ações do Estado para melhorar as condições de vida.

A Promoção da Saúde tem alterado substancialmente o conceito atribuído à saúde nos últimos quarenta anos, e nesse sentido, ao definir saúde como um estado de bem-estar físico e mental, a OMS, busca ampliar os aspectos mais abrangentes do conceito restritivo de ausência de doenças, embora tenha sido fortemente criticado devido à utopia presente neste conceito (CARVALHO, 1999).

Dessa forma, a OMS tem atribuído à saúde como um conceito holístico que implica um processo abrangente e contínuo. Para Souza;Grandy (2004) a Promoção da Saúde envolve prevenção, educação e a participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que permitam efetividade da educação para a saúde, neste sentido, ela transcende as atividades e as decisões individuais para tornar-se uma atividade coletiva, superando, portanto, a clássica definição da OMS de 1947 que atribui a saúde como ausência de doença.

Em 1988 o Brasil ampliou o conceito de saúde, tomando-o como um estado de direito e um dever do Estado. Desta forma, a saúde é vista a partir dos resultados de múltiplos determinantes e condicionantes como moradia, alimentação, saneamento, meio ambiente, trabalho, educação, transportes. Neste sentido, obter saúde já não significa somente dispor de atenção à doença, mas implica um conjunto de ações inter-relacionadas capazes de superar a cobertura e acesso aos serviços de saúde (RESTREPO, 2001).

A Promoção da Saúde moderna tem como marco inaugural a partir do *informe Lalonde* do Canadá em 1974. Foi o primeiro documento oficial a receber a denominação de Promoção da Saúde e situá-la no campo de pensamento estratégico. Com isto se formaliza a corrente Behaviorista da Promoção da Saúde cujo eixo estratégico é formado por um conjunto de intervenções que buscam interferir nos comportamentos individuais, considerados não saudáveis.

Argumentava-se que perante a diminuição da morbi-mortalidade por causas infecciosas, envelhecimento da população e aumento de doenças crônico-degenerativas, as ações de saúde deveriam ter como objetivos adicionar anos à vida e também vida aos anos, de forma que permitissem ao ser humano desfrutar oportunidades vindas da crescente melhoria de quadros socioeconômicos (CARVALHO, 1999).

Segundo o autor, ainda nos dias atuais, a Promoção da Saúde continua tendo pouco impacto sobre as condições de vida e de saúde de grupos populacionais em situações de vulnerabilidade.

Considera-se que a publicação do Relatório Lalonde influenciou políticas sanitárias de vários países em desenvolvimento e está registrado em documentos como a *prevention and Health: Everybody's Business* publicado em 1976 na Inglaterra, e o *Healthy people: the Surgeon General's Reporto Health Promotion and Disease Prevention* divulgado pelo governo norte-americano em 1979 (RESTREPO, 2001, P. 26)

Para Restrepo, (2001) a corrente da Promoção da Saúde Behaviorista procura romper com o modelo biomédico e sugere uma perspectiva mais holística para a saúde. Caminhando um pouco além do enfoque do modelo da História Natural da Doença, enfatiza o papel das ações de promoção com o intuito de atuar diretamente nas mudanças de comportamentos não saudáveis (RESTREPO, 2001, p. 33)

Posteriormente, em Alma Ata (1977), a OMS retoma as estratégias para o desenvolvimento de atenção à saúde a partir do ideário da “*Saúde para Todos no ano 2000*” resultando em vários documentos, que contribuíram para melhorar a atenção à saúde de vários países (RESTREPO, 2001, p. 26)

No entanto, o ideário proposta para saúde dos povos não resultou efetivamente em um melhor nível de vida e de saúde, conforme esperado. Nesse contexto, é gestado a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que possibilitou não apenas as bases doutrinárias, mas também abriu o caminho para passar da retórica à ação (RESTREPO, 2001, p. 28).

Dessa forma, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa no Canadá, em 1986. Sendo organizada pelas seguintes Instituições e Organismos Internacionais: OMS, Associação Canadense de Saúde Pública Ministério de Saúde Pública e o Ministério de Saúde e Bem-Estar Social de Canadá, que reuniu 200 delegados de 38 países e aprovou a Carta de Ottawa, considerado o documento mais importante para o marco de referência da APS e da Promoção da Saúde.

Nesse sentido, a Promoção da Saúde surge então como uma nova forma de reativar os processos de ação intersetorial e as intervenções no terreno político, para alcançar melhores condições de saúde no mundo. A carta reforça estratégias de advocacia, participação e ação política na divulgação e priorização das necessidades de saúde enfatizam processos de *empowerment* dos grupos e das pessoas no máximo desenvolvimento do potencial de saúde.

No tocante as ações da Promoção da Saúde, é importante ressaltar que estas contemplam cinco grandes áreas estratégicas, a saber: construir Políticas Públicas Saudáveis (PPS), criar os contextos favoráveis (ambiente físico, sociais, econômicos, políticos, culturais), fortalecer a ação comunitária; desenvolver atitudes pessoais (estilos de vida) e reorientar os serviços de saúde (RESTREPO, 2001, p. 26)

Nesse sentido, a política de Promoção da Saúde exige que se identifiquem e eliminem os obstáculos que impossibilitam a adoção de medidas políticas que favoreçam a saúde naqueles setores não diretamente relacionados com a mesma (OMS, 1986).

A inter-relação entre os ambientes saudáveis, estilos de vida e comportamentos saudáveis é muito estreita, de tal forma que ambientes não saudáveis podem determinar menores níveis de saúde individual e coletiva (BUCK, 1996). O melhoramento do entorno social é mais complexo, requer incentivos especiais para fortalecer estratégias de ajuda mútua e de organizações de grupos de autogestão no suporte de problemas similares (RESTREPO, 2001).

A mudança nas formas de vida, de trabalho e de descanso afeta de forma significativa a saúde. O trabalho e o lazer devem ser uma fonte de saúde para a população e, dessa forma, o modo com que a sociedade organiza o trabalho deve contribuir na criação de uma sociedade saudável.

O desenvolvimento de habilidades pessoais na Promoção da Saúde favorece o desenvolvimento pessoal e social enquanto proporciona informação, educação sanitária e instrumentos indispensáveis para a vida. Assim, a população exerce um maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente e pode estar por tudo aquilo que propicie a saúde (OMS, 1986).

Nos serviços de saúde é indispensável à capacitação dos profissionais para as diretrizes da Promoção da Saúde, assumindo estratégias que facilitam a proximidade entre “provedores” com os verdadeiros “promotores da saúde”, contribuindo para a melhora da saúde e da qualidade de vida das populações.

As conferências internacionais que se seguiram produziram declarações e delineamentos importantes que referenciaram as orientações emanadas da Carta de Ottawa. Como exemplo: Conferência de Adelaide-Austrália (1988), **Segunda Conferência Internacional** onde o tema foi: Políticas Públicas Saudáveis, que definiu política pública como “aquela que se orienta a criar um ambiente favorável

para que as pessoas possam desfrutar de uma vida saudável”, identificando 4 áreas prioritárias:: apoio à saúde da mulher alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis. Na **Terceira Conferência Internacional** em Sundsvall-Suécia, (1991) o tema foi: Ambiente Favorável para a Saúde, que destacou a interdependência entre a saúde e o ambiente em suas diferentes dimensões: físicas, culturais, econômicas e políticas. Na **Quarta Conferência Internacional**, e declaração de Jacarta, (1997) estabelece que a Promoção da Saúde deve ser realizada em conjunto com a população, melhorando a capacidade das comunidades em promover a saúde na tomada de decisão, assim como, as habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar mudanças. A declaração do México, denominada **Quinta Conferência Internacional** de Promoção da Saúde realizada na cidade do México de 5 a 9 de junho de 2000, teve como tema alcançar uma maior equidade. Os pontos mais importantes desta conferência foram: a saúde como o maior bem da Promoção da Saúde e de responsabilidade dos governos na melhoria da saúde com provisão dos serviços.

Para Buss (2000) as políticas de promoção à saúde se relacionam com um campo de conhecimento recente e complexo. O autor ressalta, para os profissionais que possuem interesse nesta área de conhecimento, a necessidade de aperfeiçoamento dessa abordagem metodológica e tecnológica enquanto uma estratégia complementar às demais intervenções em saúde pública.

É fato que as bases conceituais e as políticas de Promoção da Saúde discutidas amplamente nas conferências internacionais constituem um desafio para os profissionais da saúde. Devemos nos aperfeiçoar através de métodos e práticas capazes de cooperar com a realização do potencial de saúde de comunidades e indivíduos em seus diferentes períodos evolutivos (SANTOS; DA ROS; CREPALDI; RAMOS, 2006).

É importante neste momento compreender os diferentes conceitos entre a prevenção de doenças e a Promoção da Saúde. A prevenção possui como base o conhecimento epidemiológico e, assim, desenvolve estratégias orientadas para o controle das doenças infecto-contagiosas, diminuição dos riscos de doenças degenerativas e minimização dos danos à saúde. As ações de prevenção vinculam-se a informações generalistas que pouco se articulam aos contextos sócio-econômicos em que se inserem.

Já a Promoção da Saúde atua nos micro e macro determinantes que influenciam os processos de saúde/doença (FRANCISCO; FAWCETT; SHULTZ; PAINE-ANDREWS, 2000). Essa compreensão implica na transformação dos processos individuais e coletivos de tomada de decisões e desenvolvimento da autonomia. Essa nova estratégia, Promoção da Saúde, possibilita a reformulação da assistência tecnocrática, medicalizadora e curativa da doença.

A Promoção da Saúde, nesse sentido, de acordo com as orientações das Conferências Internacionais, combina ações do Estado nas suas políticas públicas de saúde; da comunidade, reforçando as ações comunitárias, ações individuais e no desenvolvimento das habilidades; de reorientação das intervenções para ações conjuntas intersetoriais (SANTOS; DA ROS; CREPALDI; RAMOS, 2006).

Nesse sentido, as estratégias preventivas fundamentam-se no pensamento crítico moderno que ao buscar precisão e objetividade reduzem o processo saúde-doença a esquemas abstratos, calculáveis e demonstráveis através de raciocínio causal e linear.

Contrapondo-se às estratégias preventivas, a promoção compreende a saúde na sua positividade e seus enfrentamentos teóricos e práticos, individuais e coletivos dos diferentes condicionantes geradores de iniquidades humanas e doenças evitáveis (FRANCISCO; FAWCETT; SHULTZ; PAINE-ANDREWS, 2000).

Dessa forma, as ações de Promoção da Saúde são resultantes de um complexo processo que envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva do sujeito atuando sobre intervenções de âmbito global do Estado e, por outro, a singularidade e autonomia do sujeito (CARVALHO, 2005).

Reforça-se a necessidade de que os modelos de atenção devem guiar-se pela superação da iniquidade dos Sistemas de Saúde, garantindo o acesso a bens e serviços de saúde de qualidade; a produção de sujeitos autônomos e socialmente responsáveis e; contribuir para a democratização do poder público (CARVALHO, 2005).

Em relação à Política de Promoção da Saúde no México, o Sistema Nacional de Saúde Mexicano tem o objetivo de: Incrementar o nível de Saúde e Qualidade de vida da população, mediante estratégias de ação vinculando a Saúde com o Desenvolvimento Econômico e Social. Neste sentido, conta com diferentes programas de ação, levando-os a nível nacional pela secretaria de Saúde; conta com o programa de comunidades saudáveis; criar consciência pública sobre a

saúde; impulsionar à ação comunitária e a participação de autoridades municipais a participação municipal na Promoção da Saúde e na organização comunitária.

Todas essas estratégias estão previstas mediante a formação do Comitê Local de Saúde; elaboração do diagnóstico de saúde; identificação de prioridades e a elaboração do plano de trabalho com ações de melhoramento comunitário e saúde familiar.

Outra estratégia é reduzir as desigualdades em saúde que afetam os pobres, através de uma série de programas estratégicos de ação entre os quais se encontram o de *arranque parejo por la vida* entre outros. Bem como enfrentar os problemas emergentes mediante a definição explícita de prioridades, com a constituição dos seguintes programas de ação: Programa de Atenção ao Envelhecimento, Programa de Diabetes, Programa de Prevenção e Controle de Doenças Cardiovasculares e Hipertensão Arterial, Programa de Controle de Lesões e Acidentes, Programa de Câncer de Próstata e Programa de Câncer de Mama.

A Clínica Hospital do ISSSTE - Celaya é onde esta estratégia tem maior participação, já que o programa de atenção ao envelhecimento tem maior enfoque, pois nele ocorre o diálogo sobre o cuidado da saúde assim como a formação de grupos denominados de auto-ajuda, onde as pessoas comparecem para a realização de atividades físicas, trabalhos manuais etc., que favorecem o desenvolvimento e adaptação desta etapa da vida.

No programa de Diabetes realizam-se campanhas de prevenção e controle de diabetes, assistência domiciliar para assegurar o controle destes, a integração do clube de diabéticos onde se possibilita espaços de conversação sobre o autocuidado, controle glicêmico, importância do exercício físico e as medidas preventivas das complicações; essas pessoas geriátricos se reúnem uma vez por mês e compartilham experiências mutuas já que a população com diabetes se encontra nesta etapa da vida.

A estratégia IV - Fortalecer o papel reitor da secretária de saúde, conte com o programa de ação Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, onde se realiza o controle destas doenças.

A estratégia V - Fortalecer o Desenvolvimento de Recursos Humanos com seus programas de ação com o objetivo de qualificar o pessoal de saúde para atenção à população de acordo com os programas de ação.

A estratégia VI - Vigilância Sanitária e a VII - Infra-estrutura em Saúde, assegurando recursos necessários como infra-estrutura nas Instituições de Saúde para responder à população de acordo com faixa etária (MÉXICO. 2000c).

A reforma proposta para o Seguro Social no México se reafirma como um instrumento de política social que deve a fomentar a unidade nacional mediante o conceito de ajuda mútua entre regiões que integram o Estado do México.

Um dos aspectos que contempla a reforma da Seguridade Social é a incorporação de atividades com a participação de entes, de natureza pública ou privada, não vinculadas ao instituto, na administração das reservas dos seguros, pagamento de pensões e a recepção das cotas do Seguro Social por entidades financeiras (Instituições de Seguridade Social na Republica Mexicana Membros da CISS).

Existem Normas Oficiais mexicanas para a prevenção, tratamento e controle das principais doenças transmissíveis (tuberculose, VIH/SIDA, malária, dengue, cólera, raiva, etc.) e não transmissíveis (diabetes, hipertensão, câncer cérvico-uterino e de mama, desnutrição, etc.), que precisam os critérios diagnósticos e as atividades de prevenção, tratamento e controle a realizar, e sua aplicação é supervisionada pelos distintos níveis de mando das instituições.

A Norma Oficial mexicana (NOM-015-SSA2-1994) para a prevenção, tratamento e controle do diabetes mellitus, tem como objetivo estabelecer os procedimentos para a prevenção, tratamento e controle do diabetes.

Essa Norma define os procedimentos e ações para a prevenção, detecção, diagnóstico e tratamento do diabetes, objetivando diminuir a incidência desta doença, estabelecendo programas de atenção médica eficaz com a finalidade de alcançar um controle efetivo do adoecimento, reduzindo as complicações e sua mortalidade.

Em 2001, o ISSSTE destinava cerca de \$50,331 ao ano por cada paciente com diabetes (MARTÍNEZ, 2005). Nesse sentido, com o propósito de incorporar de maneira ativa as pessoas com diabetes no autocuidado, e facilitar sua capacitação criou-se grupos de ajuda mútua, que tem a finalidade de estimular a adoção de estilo de vida saudável como a atividade física, alimentação adequada, automonitoramento e adesão ao tratamento (MÉXICO, 2001d)

Entendemos que a APS e Promoção da Saúde são aportes teórico-conceituais e filosóficos que permitem de forma equitativa a organização dos

Sistemas de Saúde, especialmente aqueles voltados para as condições crônicas que exigem uma atenção contínua envolvendo ações articuladas no que tange aos aspectos promocionais, preventivos, curativos e reabilitadores.

TRABALHO E APOSENTADORIA

Falar de trabalho nos faz refletir sobre a aposentadoria, e nesse sentido, o trabalho é um condicionante para que as pessoas possam ter o benefício que a aposentadoria representa.

De acordo com Marx (1980) o trabalho é resultado de uma inter-relação entre homem e natureza, no qual este, por suas ações, regula e controla a natureza. Nesta inter-relação, os homens se apropriam dos recursos oferecidos pela natureza imprimindo, uma forma útil à natureza humana, a qual impõe mudanças tanto na natureza do homem quanto na natureza em si.

Bava (2000) define o trabalho como um espaço social onde se realizam atividades geradoras da condição humana. Sobre o papel do trabalho na realização das necessidades individuais, e mesmo de um grupo social ou, ainda, de toda uma sociedade, vê-se que não compreenderam ainda, fundamentalmente, que o trabalho de cada um contribui, em especial, para o perfil da vida em sociedade, isto é uma responsabilidade de todos os indivíduos e não só dos que trabalham. O trabalho é, na verdade, o abrigo da humanidade e não a riqueza que ele gera.

O trabalho produtivo trouxe consigo a idéia de espaço da sua realização, nesse sentido, o espaço associa a idéia do tempo e essas associações definem as condições de trabalho. É nesse contexto que a divisão do trabalho a partir das atividades manuais e não manuais foi a primeira representação social do processo de liberação (BAVA, 2000).

O trabalho suscita, para algumas pessoas, diferentes reações. Para uns o trabalho é um castigo, já para outros uma bênção, uma necessidade, um dever e, para poucos o trabalho torna-se algo prazeroso ou um descanso, um motivo de satisfação. A forma de trabalho que faculta ao homem satisfação, prazer, alegria, é o trabalho livre, espontâneo e produtivo. Marx (1985, p.150-1) evidenciou a importância do trabalho humano para o conhecimento da história da humanidade e para a identificação das diferentes práticas de desenvolvimento tecnológico e econômico do homem. Para Japiassú (1996, p.6) o trabalho é uma alienação onde

aponta o estado do indivíduo que não se pertence, que não tem o controle de si mesmo e que se vê privado de seus direitos fundamentais, passando a ser considerado como uma coisa.

Hirsch (2005) afirma que ao tomar o homem enquanto objeto, a sociedade capitalista reforça essa noção de “coisificação” que se ancora na base da produção privada, no trabalho assalariado e no intercâmbio mercantil. O autor expõe que há duas formas sociais que objetivam a ação social no capitalismo: a) o valor, expressado por recursos financeiros; b) a forma política, expressada pela existência de um Estado separado da sociedade.

A relação social do trabalho, em precárias condições da economia mercantil capitalista, rege a comunidade política, uma vez que a modalidade capitalista se caracteriza pela separação dos produtos imediatos (trabalhadores). No qual os meios de produção, pela produção privada, o trabalho assalariado e o intercâmbio de mercadorias e a forma econômica e política, caracterizam a maneira pela qual a sociedade capitalista obtém sua capacidade de coesão, sustentabilidade e desenvolvimento (HIRSCH, 2005).

Para Bava (2000) o trabalho traz consigo a idéia de espaço de sua realização e, nesse sentido, associa-se à idéia de tempo, cuja associação define os contornos das condições de trabalho. O autor considera que há uma divisão social do trabalho, dado a natureza operatória de cada trabalhador ou conjunto de trabalhadores, entendendo que a natureza operatória define o conjunto de conhecimentos que os trabalhadores detêm sobre o seu ofício, caracterizando, portanto, o conjunto de trabalhos manuais, diferenciados e desenvolvidos ao longo dos séculos.

A divisão técnica do trabalho, ou seja, um mesmo trabalho realizado em partes por diferentes trabalhadores tem sua origem na base de cooperação e manufatura e irá se desenvolver no modo de produção capitalista. Sabe-se que a divisão técnica aumenta a destreza dos procedimentos e favorece o capital, porém, Braverman (1987, p. 72) afirma que

[...] enquanto a divisão social do trabalho subdivide a sociedade, a divisão do trabalho subdivide ao homem, e, enquanto a subdivisão da sociedade pode fortalecer ao indivíduo e a espécie, a subdivisão do indivíduo, quando afeta com menosprezo as capacidades e necessidades humanas, é um crime contra a pessoa e contra a humanidade.

É assim que a divisão do trabalho das sociedades capitalistas traz a noção de que cada trabalhador se enxerga de maneira fragmentada, operando parte de um

trabalho e não o conjunto da obra como um todo. Nesse sentido, Marx (1980, p. 379) refere que

[...] todo trabalho diretamente social ou coletivo, executado em grande escala, exige, com maior ou menor intensidade, uma direção que harmonize as atividades individuais e realize as funções gerais ligadas ao movimento de seus órgãos somente considerados.

A divisão do trabalho consiste na distribuição de tarefas, procedimentos e responsabilidades e estão subordinadas e comandadas pela divisão técnica e social do trabalho, que remete à questão do trabalho manual/trabalho intelectual. Segundo Poulantzas (1978, p. 253-4), a divisão de trabalho manual e trabalho intelectual não pode ser compreendido por critérios gerais que se tomam necessariamente neste campo, critérios empíricos inadequados, principalmente descritivos de ordem biofisiológica – “gestos naturais” e “pensamento” – ou de gênero: trabalho de mãos e trabalho de cabeça, aqueles que colocam a mão na massa e aqueles que não a colocam.

Portanto, não é somente o trabalho que vai determinar essa dicotomia, mas também as classes dos agentes, ou seja,

[...] a substância das relações sociais que os agentes sociais estabelecem entre si, e que garantem super-estruturalmente, a reprodução das relações de produção que nos núcleos da infra-estrutura especificam o modo de produção capitalista. Tais relações devem de reproduzir essa separação determinando em geral, como relações de poder, relações de denominação e subordinação (MENDES-GONÇALVES, 1979, p.145-6).

[...] A determinação das classes, abrangendo práticas –lutar - as classes, as relações políticas e ideológicas, designam os lugares objetivos, ocupados pelos agentes da divisão social do trabalho: lugares que são independentemente da vontade destes agentes (POULANTZAS, 1978, p.14).

Todo trabalho desempenhado coletivamente por divisão de funções implica necessariamente num ponto de trabalho, que cuida para que o conjunto se mobilize organizadamente em função do produto. Quando essa divisão do trabalho corresponde ao mesmo tempo à divisão da sociedade em classes e a sua reprodução é uma forma dada, aquele posto de trabalho passará a corresponder ao mesmo tempo à função técnica necessária para a construção de produto e à função social necessária à reprodução das classes sociais (MENDES-GONÇALVES, 1986).

Bava (2000) afirma que o trabalho manual diferenciado consolidou nas sociedades modernas e contemporâneas a divisão dos trabalhadores de acordo com as necessidades do conjunto desta sociedade e segundo suas capacidades

operacionais. Posteriormente, houve a revolução tecnocientífica, que se caracteriza por uma divisão do trabalho desencadeada a partir da incorporação de sofisticados recursos eletrônicos na administração da produção em geral e no processo cotidiano do trabalho.

Mendes-Gonçalves (1986) desenvolveu o conceito de organização tecnológica do trabalho, que considera a tecnologia como um conjunto de saberes e instrumentos, expressam os processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam suas práticas em uma totalidade social.

A força de trabalho é um conceito tomado da economia política, cujo significado é: “todos os integrantes de uma sociedade em condições de realizar atividades produtivas” (BAVA, 2000, p.21). O Processo de trabalho é o modo como o homem produz e reproduz suas existências. Nesse processo se estabelecem relações sociais, objetivas e subjetivas (ALMEIDA, 1997). Para Ferreira (1992), o processo de trabalho é compreendido como prática social, isto é, forma especificamente humana de satisfazer necessidades conforme se estabelecem as modalidades da vida social que o homem e a mulher constroem, em uma estrutura social determinada e em uma formação social concreta.

Para a realização de qualquer processo de trabalho, o trabalhador tem disponível: “instrumentos, objetos e meios de trabalho aos quais recorre para potencializar seu trabalho ou deslocar o produto de um ponto a outro em um espaço social de sua concretização” (BAVA, 2000, p. 23). Dessa forma, para o autor a jornada de trabalho é o tempo ocupado por um trabalhador para a realização de tarefas a ele atribuídas ao longo do dia, mas são as autoridades que definem o ritmo que ele deve imprimir no dia de trabalho, disso se deriva o juramento daqueles atores a respeito dos limites físicos e o nível de qualificação dos trabalhadores, ou se excedem dele.

A jornada de trabalho não é só o tempo em geral, é também o tempo social reconhecido como necessário à realização de objetivos claros, definidos a partir de interesses dados tanto pelas exigências das empresas que contratam os trabalhadores, como pelos trabalhadores com vista na sua sobrevivência (BAVA, 2000).

Na divisão manufatureira do trabalho não apenas as operações/tarefas são separadas uma das outras, como também são atribuídas a distintos trabalhadores. A consequência mais imediata desta divisão parece ser aquela que diz respeito à

possibilidade de comprar por um custo menor, a força de trabalho, evitando o desperdício de recursos, uma vez que o pessoal mais qualificado desempenharia tarefas que lhe são atribuídas em um nível de maior complexidade, enquanto os menos qualificados estariam disponíveis, de forma a serem utilizados como uma carga financeira menor (BRAVERMAN, 1987).

O exposto anteriormente deixa em evidência que a sobrevivência da população requer a execução do trabalho, e em virtude da sociedade capitalista onde se desenvolve, é necessário contar com um trabalho assalariado por meio do intercâmbio de mercadorias para sua manutenção. Nesse sentido, os recursos financeiros passam a ser uma forma social, por meio da qual se expressam a comparabilidade e a inter-relação social de múltiplos trabalhos, relacionando isto ao ser humano (HIRSCH, 2005).

Considerando que o homem é um ser ativo e não passivo, o trabalho é a expressão das capacidades físicas e mentais, onde o homem deve-se desenvolver e se aperfeiçoar. Nesse sentido, o trabalho não se constitui apenas um fim para a produção de mercadorias, mas também uma forma de solidariedade social e auto-realização pessoal (HIRSCH, 2005).

O trabalho deveria consistir na oportunidade para o enriquecimento pessoal e profissional do indivíduo, na medida em que favorece a construção de relações e conhecimentos novos, desenvolvidos a partir da integração dos anteriores, as experiências vividas, a informação a qual o indivíduo tem acesso pela experimentação própria e alheia, motivo pelo qual lê, discute e reflete.

Nas antigas sociedades agrárias, o trabalho voltava-se ao financiamento da sobrevivência do ser humano, da fase infantil ao envelhecimento final. Em grande medida, a população era prisioneira do trabalho pela sobrevivência. Somente com a transição para a sociedade urbana e industrial é que surgiram modalidades emancipatórias da condição de trabalho pela sobrevivência, por meio da proibição do trabalho infantil e adolescente e da liberação do idoso pela aposentadoria e pensão (POCHMANN, 1998).

Nesse sentido, a aposentadoria surgiu no século XIX na Europa como uma forma de assegurar a sobrevivência das primeiras gerações de operários que envelheceram e perderam a capacidade para o trabalho (FERREIRA, 2003).

No México a aposentadoria foi instituída em 1957, com a finalidade de voltar a atenção ao trabalhador que prestou seus serviços à empresa durante grande parte

da sua vida. Tal finalidade tem sido o propósito do sindicato - lutar por conseguir uma pensão econômica que garanta uma velhice digna (MEXICO, 1999).

Nesse contexto é promulgada uma lei que ampara os trabalhadores no cessamento das atividades laborais. Na legislação sobre a aposentadoria, o benefício concedido representa 70% do salário base. O artigo 8º inclui o benefício de invalidez por risco comum. Este consiste em um benefício equivalente a 70% do salário base. O artigo 10º inclui o benefício de prestação por risco profissional. A prestação por risco profissional será paga como conseqüência de acidente de trabalho ou doença profissional que provoque o falecimento ou incapacidade definitiva do filiado continuar realizando o trabalho que anteriormente desempenhava (MÉXICO, 1996)

O México tem instituições que atendem as diferentes categorias de Seguridade Social como o IMSS, e o ISSSTE. Em relação à Seguridade Social para os trabalhadores em geral, os serviços são outorgados pelo IMSS enquanto que os trabalhadores a serviço do estado, a Seguridade Social se encontra regida pela norma da Lei do ISSSTE.

O ISSSTE inclui os seguintes benefícios: aposentadoria, aposentadoria por idade e tempo de serviço, invalidez, morte e por idade avançada, doença, maternidade e de risco de trabalho, assim como a pensão correspondente aos cinco primeiros casos, bem como também dispõe de créditos para habitação.

Quanto à população que não tem uma relação de trabalho formal, esta se encontra protegida pela Lei Geral de Saúde, a Lei Federal de Habitação e a Lei do Seguro Social referente aos Serviços Sociais e de Solidariedade Social (MÉXICO, 1996).

Em conformidade com a lei, o “Seguro Social é o instrumento básico da Seguridade Social estabelecido como um serviço público de caráter nacional” e seu objetivo essencial é garantir o direito humano à saúde, a assistência médica, a proteção dos meios de subsistência e os serviços sociais necessários para o bem-estar individual e coletivo (MÉXICO, 1996).

O Sistema de *Ahorro para o Retiro* (SAR) teve início em 1992, tanto para os trabalhadores que contribuem com o IMSS como para os que pertencem ao ISSSTE, como um esquema de poupança complementar, com a finalidade de que os trabalhadores recebam uma soma adicional à pensão outorgada ao final da vida de trabalho.

Para os trabalhadores que contribuem o ISSSTE, o SAR segue vigente. O Governo Federal destina 2% para a subconta da aposentadoria e 5% para a subconta de Habitação, calculados sobre o salário conhecido como básico (MÉXICO, 1996).

Os recursos do SAR correspondentes aos trabalhadores do ISSSTE se incrementam pelas contribuições bimestrais, pelos rendimentos que geram e pela reposição da inflação, dessa forma, pretende-se que todo trabalhador tenha uma pensão mais digna; contar com um sistema transparente onde o trabalhador, ao ser proprietário dos recursos da sua conta individual, nunca perca as contribuições feitas ao longo do tempo e adquira uma aposentadoria digna.

Identificam-se duas modalidades de aposentadoria: *contributiva* e *não contributiva*. 1. A modalidade *contributiva* é financiada pelas contribuições efetuadas ao sistema pelos próprios trabalhadores através de suas cotizações ou contribuições e pelas empresas nas quais prestam ou têm prestado seus serviços; e a 2. A modalidade *não contributiva* é a destinada àquelas pessoas carentes de recursos ou que não tenham cotizado o mínimo suficiente para se beneficiar e gerar direitos na outra modalidade (MÉXICO, 1996).

O trabalhador, após a aposentadoria, conta com 70% de seu salário mínimo, sofrendo uma diminuição da renda familiar que pode trazer repercussões na dinâmica familiar e na própria saúde como repercussões físicas, emocionais e sociais (MÉXICO, 1996). Quando se inicia o processo de aposentadoria, as pessoas têm maior tempo livre e uma vida cronológica diferente.

Nesse contexto, destaca-se a relevância do Sistema Nacional de Saúde do México de programar ações de Promoção da Saúde para toda a população, lembrando que as pessoas de 60 anos ou mais, na sua maioria, estão saudáveis fisicamente, portanto, é fundamental contribuir para o fortalecimento das capacidades funcionais, mediante a estimulação para o desenvolvimento das mesmas e, desta forma, promover uma boa saúde.

Considerando o mencionado anteriormente é primordial que quando as pessoas se aposentam e contam com um tempo disponível, possam desenvolver certas atividades que promovam uma vida ativa e evitar sofrimentos com o advento da aposentaria, como a solidão e a tristeza e algumas patologias como a depressão e no caso do diabetes tipo 2, que requer cuidados contínuos para manter o controle metabólico.

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DO MÉXICO

O órgão reitor do Sistema Nacional de Saúde (SNS) no México é a SS, que tem como missão contribuir no desenvolvimento humano por meio da Promoção da Saúde com serviços integrais que satisfaçam as necessidades e respondam às expectativas de uma população.

O SNS oferece aos prestadores de serviços a utilização correta, transparente e eficiente dos recursos, e promove uma ampla participação dos cidadãos. Para o cumprimento desta missão o governo mexicano tem como guia o Plano Nacional de Saúde, o qual propõe que

[...] no ano de 2025 todo mexicano deverá ter acesso a um seguro de saúde, independentemente da sua capacidade econômica, seu grau de risco e sua seguridade social. Os serviços que serão oferecidos (públicos e privados) serão de alta qualidade técnica e deverão satisfazer as expectativas dos usuários. Os serviços serão proporcionados pelos prestadores de serviço profissional com preparação acadêmica, os quais utilizaram intervenções baseadas em evidência científica (MÉXICO, 2001a, p. 32).

O SNS foi criado no ano de 1917 com a promulgação da Constituição política dos Estados Unidos Mexicanos, onde no artigo 4º, se contempla o direito dos mexicanos à proteção de saúde.

Porém, foi apenas no ano de 1934, durante o Cardenismo, que se consolidaram as bases institucionais do atual sistema de saúde. Criaram-se diversas instituições, como a Secretaria da Assistência Pública e os serviços médicos rurais cooperativos; ademais, elaboraram-se os primeiros projetos para a Lei de Seguridade Social e aprovou-se um orçamento crescente para os projetos de salubridade pública (MÉXICO, 2001c).

A expansão do Sistema de Saúde e o fortalecimento das normas jurídicas foram decorrentes de vários fatores. Em primeiro lugar, explica James Wilkie, era necessário combater as condições de insalubridade nas quais vivia a maioria da população no país. Em segundo lugar, a criação de um sistema institucional de saúde respondeu à lógica de legitimação que caracterizou o sistema político mexicano dos anos quarenta e cinquenta.

No ano de 1943, durante o governo de Manuel Ávila Camacho, fundaram-se a Secretaria de Salubridade e Assistência (SSA) e o IMSS. Essas instituições seriam as bases de dois modelos paralelos de atenção à saúde: o da SSA, orientado à

população em geral e o do IMSS, destinado aos trabalhadores com uma relação laboral formal. O Estado projetou serviços básicos de saúde à maioria da população, mas, ao mesmo tempo, se organizou e conformou um sistema cuja dinâmica se centrou na atenção a determinados grupos organizados como uma retribuição pelo apoio político (BECERRA, 2005).

É dessa forma que na década de 40 destacam-se o surgimento de unidades médicas no país, quando foram construídos 39 hospitais e 300 centros de saúde, ao mesmo tempo em que vários hospitais foram descentralizados (SOBERON, 1983).

Ao final da década de 1950 e princípio dos anos 60 realizaram-se campanhas contra doenças como a varíola e a febre amarela. Fortaleceram-se os programas de saneamento integral em algumas localidades e conseguiu-se erradicar a varíola e a febre amarela.

Com os movimentos sindicais, os trabalhadores do magistério e os trabalhadores a serviço do Estado, conseguiram que em 1959, fosse criado o ISSSTE, o qual conta com uma organização pública descentralizada, que para seu funcionamento tem a contribuição dos trabalhadores e do governo federal (SOBERON, 1983).

Adolfo López Mateos transformou a Direção de Pensões Civis e Retiro no ISSSTE, que permitiu incrementar a cobertura da população trabalhadora a serviço do governo (BECERRA, 2005).

Em outubro de 1972 Luís Echeverría apresentou seu Plano de Saúde para o país que resultou na Primeira Convenção Nacional de Saúde e com ela seus princípios, propósitos e objetivos para serem alcançados no próximo decênio na saúde pública. Alguns dos aspectos mais destacados eram os da luta pela preservação e melhoria do ambiente, a diminuição da contaminação, a saúde como parte integrada da educação, medidas de seguridade e higiene, melhoramento da nutrição, planejamento unificado da saúde, a seguridade e o bem-estar da comunidade. Porém, diante das restrições econômicas, de seguir expandindo a Seguridade Social a outros grupos da população, em 1973 foi reformada a Lei do Seguro Social que possibilitaria a inclusão de grupos sociais excluídos, por meio de regimes especiais.

Na década de 80 a reforma do Sistema de Saúde integrou as diversas instituições em um Sistema Nacional de Saúde. Suas bases políticas e ideológicas

foram elevadas ao nível constitucional em 1983, mediante a modificação do artigo 4º, que estabeleceu o direito à proteção da saúde (BECERRA, 2005).

Nesse sentido, no ano de 1984 publicou-se a Lei Geral de Saúde, durante a administração do presidente Miguel da Madrid Hurtado. O novo ordenamento continha os fundamentos do Sistema Nacional de Saúde, definia as bases e modalidades de acesso aos serviços correspondentes e fixava a bases de ação para os programas de saúde.

O SNS, durante o governo de Miguel da Madrid, se caracterizou por uma importante participação estatal na provisão direta de serviços embora tenha sido por meio de uma grande variedade de instituições semi autônomas desarticuladas.

A falta de articulação nas políticas públicas de saúde influenciou nas decisões dos 6 anos seguintes. Durante o governo do presidente Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) iniciou-se a estratégia de consolidação do SNS através da coordenação funcional de suas instituições, na tentativa de evitar a duplicidade de funções e de incrementar a participação dos sistemas locais e da própria comunidade na área da saúde.

O SNS se integra em três instâncias que conformam o Programa Nacional de Saúde: Instituições do Setor Saúde, para as quais aplica a obrigatoriedade; Organizações Federais às quais estão vinculadas pela coordenação do governo federal e as do Setor Social e Privado, incorporando-se mediante a concentração e indução de apoio à consulta popular.

O SNS está fundamentado no princípio da equidade, cobertura, qualidade e eficiência dos serviços de saúde. Para o alcance de seus objetivos busca cumprir 4 funções básicas: prestação de serviços, financiamento, direção de sistemas e a geração de recursos para a saúde (MÉXICO, 2001b, p. 112).

Durante as duas últimas décadas, do século XX, o governo federal implementou as seguintes políticas para modificar o setor de saúde: a descentralização administrativa que implicou na transferência de recursos, bens e imóveis, e vagas de emprego às entidades federativas mantendo a SS como reitora de setor. A finalidade da descentralização é para que as entidades federativas decidam sobre os recursos federais que recebem com um nível mínimo de ações de saúde determinadas pelo governo federal, uma Cesta Básica de Serviços de Saúde que se proporciona à população descoberta pela Seguridade Social, reduzir a desigualdade entre as entidades federativas em relação à disponibilidade dos

serviços de saúde, fomentar a provisão pública e privada dos serviços de saúde e distribuir de maneira eqüitativa o gasto federal em saúde entre as entidades federativas (MÉXICO, 2000a).

O Plano Nacional de Desenvolvimento origina-se do Programa Nacional de Saúde, o qual constitui um marco de referência para a formação dos programas institucionais de mediano prazo das entidades que compõem o setor da saúde.

Nas Políticas Públicas, o Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) 2000-2006 enfatiza a importância da saúde como ponto essencial para a educação e o desenvolvimento dos mexicanos. Um dos principais objetivos do PND consiste em “melhorar os níveis de educação e bem-estar dos mexicanos”, o qual tem como estratégia “aumentar os níveis de saúde, garantindo o acesso aos serviços integrais de saúde”. Tal estratégia busca, como foi mencionado, assegurar o acesso aos serviços de saúde, mas com qualidade e atendimento digno e, ao mesmo tempo proteger a economia familiar de gastos excessivos. Assim, objetiva alcançar uma participação responsável por parte da população para o cuidado preventivo, no plano individual, familiar e coletivo da saúde (MÉXICO, 2000c).

Atualmente, na SSA, se encontra em curso uma reforma financeira fundamentada no decreto que reforma e adiciona à Lei Geral de Saúde, publicada no Diário Oficial da Federação em 15 de maio de 2003, que leva à implantação gradual do Sistema de Proteção Social em Saúde (SPSS).

O objetivo é prestar serviços médicos públicos aos mexicanos que dele precisem, sob critérios de universalidade e de gratuidade levando em conta as condições socioeconômicas dos usuários. Com essa conduta se pretende corrigir o gasto em saúde da população, diminuir a distribuição desigual de recursos entre a população assegurada e não assegurada, e entre as entidades federativas, revertendo a proporção decrescente do gasto de inversão e o desigual esforço financeiro dos estados (MÉXICO, 2000c).

De acordo com a lei, que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004, estabelece-se os delineamentos para incorporar, gradualmente, todos os mexicanos que não são *derechohabientes* de alguma instituição de Seguridade Social ao Sistema de Proteção Social em Saúde, independente da sua situação social ou da sua condição de trabalho.

O princípio da incorporação tem-se baseado no Catálogo de Serviços Essenciais de Saúde (CASES), que contém critérios epidemiológicos alimentados

por dados do Sistema Único de Informação para Vigilância Epidemiológica (SUIVE) e do Sistema de Informação em Saúde para População Sem Seguro (SISPA), que fornecem informações de intervenções de atenção médica.

Para os serviços de hospitalização e cirurgia, a oferta atual do *catálogo* cobre 66% dos principais procedimentos, diagnósticos e terapêuticos mencionados como motivo de egresso hospitalar através do Sistema Automatizado de Egressos Hospitalares (SAEH).

O procedimento se baseia também na revisão das normas de ofertas de serviços como o Pacote Básico de Intervenções que atualmente é oferecido na SSA no Programa de Ampliação de Cobertura (PAC); o Pacote Essencial que estende o Programa de Qualidade, Equidade e Desenvolvimento em Saúde (PROCEDES) tanto na área rural, como urbana; aquelas intervenções incluídas nos programas em nível federal (Saúde do Adulto e Idoso, Saúde Reprodutiva, Doenças Transmitidas por Vetor, Microbacteriose, Saúde da Infância e a Adolescência, VIH/AIDS e ITS, Saúde Bucal, Acidentes, Cólera e Raiva, *Arranque Parejo* na Vida e Promoção à Saúde e o pacote familiar do Seguro Popular de Saúde.

Espera-se que o SPSS e seu “braço operativo”, o Seguro Popular de Saúde, propiciem um círculo virtuoso que permita incrementar o investimento em saúde até alcançar os níveis médios dos países de América Latina, modificar a composição das fontes de financiamento, gerar maior equidade financeira entre instituições a partir da cota social, produzir maior equidade geográfica e maior transparência na designação e uso dos recursos, gerar o compromisso de cada governo estatal com o financiamento de serviços de saúde para as famílias vinculadas; e vincular a designação de recursos por família e o gasto em investimento com um Plano Mestre de infra-estrutura em saúde.

O SNS encontra-se organizado para se antecipar as necessidades de saúde da população; por tal motivo, está inter-relacionado com outros sistemas, como: o Sistema de Desenvolvimento Social, Educação, Meio Ambiente e Seguridade Social dentre outros, já que de maneira isolada não pode cumprir com sua missão. O SNS busca implantar políticas integrais, encaminhadas para alcançar o bem-estar da população de acordo com modelos vigentes atuais (MEXICO, 2001a).

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE

A Secretaria de Saúde, como autoridade sanitária, tem como objetivo contribuir no desenvolvimento da população através da Promoção da Saúde como objetivo social, e o acesso universal aos serviços integrais e de alta qualidade, a partir de um financiamento equitativo, transparente e eficiente dos recursos. O principal instrumento para cumprir com esses objetivos é o Plano Nacional de Saúde cujas metas são as seguintes: melhorar as condições de saúde dos mexicanos, diminuir as desigualdades em saúde, garantir um atendimento adequado nos serviços públicos e privados de saúde, assegurar a justiça no financiamento da saúde e fortalecer o SNS, em particular, suas instituições públicas (MEXICO, 2001a).

De acordo com o Plano, essas metas se concretizarão com a implantação de cinco estratégias substantivas e cinco estratégias instrumentais. As primeiras estão diretamente relacionadas com os objetivos básicos do sistema, e as segundas influem nestes objetivos através do fortalecimento do sistema de saúde.

O sistema de serviços de saúde está segmentado em três grandes grupos, de acordo com a inserção ao trabalho e a capacidade de pagamento das pessoas, ou ao acesso de atenção, encontrando-se fragmentada em varias instituições como são:

- Os trabalhadores de economia formal devem vincular-se por lei a alguma instituição de seguro social; para o ano 2000 a população ficava ao redor de 50 milhões de pessoas, sendo IMSS quem concentra 80% dos assegurados, seguido pelo ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX), as Forças Armadas (SEDENA), Marinha e diversos seguros para trabalhadores do Estado (MEXICO, 2001b)..
- O Sistema para assegurados da população aberta ou não (ao redor de 48 milhões de pessoas) inclui os serviços da SSA, que opera em áreas urbanas e rurais de todo o país. Esta é financiada pelo organismo da Federação e dos governos estatais.
- O setor privado funciona em um contexto pouco fiscalizado, oferece atenção de qualidade desigual, com preços variáveis e está bastante fragmentado (OPS, 2002) (MEXICO, 2001b).

O plano nacional de saúde estabelece que as “contribuições deverão ser proporcionais à capacidade econômica” e propõe abertamente subsídios

escalonados para a atenção integral e resolutiva da doença (segundo o ingresso econômico familiar), por meio do seguro popular, a ampliação do seguro social e a regulação dos seguros privados via instituições de seguros especializados em saúde (LAURELL, 2004)

4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Tipo de Estudo

Para este estudo utilizamos a abordagem qualitativa a qual segundo Minayo (2001, p.21-22)

[...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A escolha deste referencial metodológico ocorreu devido ao fato de que para compreender as mudanças que ocorrem na vida das pessoas com diabetes tipo 2 na aposentadoria, essa metodologia, permitiu, de acordo com Minayo (2004, p.10), “entender a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”.

Tal abordagem permite a apreensão e as relações da realidade e fenômenos em sua singularidade e complexidade, pois se descrevem estes tais como se apresentam (BOSI; UCHIMURA, 2006)

As mudanças na vida da pessoa com diabetes tipo 2 durante a aposentadoria, cada qual com sua experiência de vida, sua situação socioeconômica e cultural distinta, pertencente a grupos sociais e religiões distintas. Dessa forma, a abordagem qualitativa permitiu esta aproximação da realidade vivenciada pelos atores deste estudo, mesmo sabendo que as explicações ou pré-conceitos que temos da realidade estudada são sempre imprecisos do que a própria realidade (DESLANDES, 2001).

Faz-se importante destacar que, Segundo Triviños (1995) a pesquisa qualitativa norteia-se por cinco principais características que são: 1) Possui o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador é seu principal instrumento; 2) A pesquisa qualitativa é descritiva; 3) Preocupa-se com o processo mais do que com o produto; 4) Tem no seu significado a preocupação essencial; 5) A análise dos dados segue o processo indutivo.

4.2. Cenário de estudo

O estudo foi realizado em Celaya Guanajuato México. O México tem uma superfície territorial de 1.964.375 km quadrados (INEGI, 2003), é uma República representativa e democrática formada por 32 estados dentre os quais se encontra o

estado de Guanajuato que representa 1,6% da superfície do país; Guanajuato limita ao norte com Zacatecas e São Luís Potosí, a leste com Querétaro, ao sul com Michoacán, ao Oeste com Jalisco e sua capital é Guanajuato. O Estado de Guanajuato tem uma população de 4.663.032 habitantes.

Guanajuato se encontra integrado por 46 municípios dentre os quais esta a cidade de Celaya com uma população de 382.958 habitantes e se limita com Apaseo o Grande, Comonfort, Cortazar, Villagran, Juventino Rosas e Tarimoro.

O município de Celaya possui ampla infra-estrutura, e é considerado um dos pólos de desenvolvimento do Estado dado sua atividade agroindustrial, comercial e de transformação da indústria metalúrgica (INEGI, 2003).

O sistema de saúde pública de Celaya reproduz o esquema nacional e estatal. A organização dos sistemas de saúde integra e coordena os três hospitais públicos, sendo dois da seguridade social e um da assistência social. São também os que ofertam um regime aberto e gratuito os serviços básicos com programas preventivos de atenção à saúde.

Para atender as necessidades e problemas de saúde, os três hospitais organizam-se para desenvolver programas especiais e as emergências no município, assim como, para atender morbididades específicas.

Nos últimos anos, a aproximação entre eles ocorre através da coordenação do Comitê Municipal de Saúde, que trabalha sistematicamente pela educação contínua planejada nos hospitais considerando a morbididade local, assim como, o planejamento conjunto das atividades dirigidas à saúde. Os três hospitais públicos IMSS, ISSSTE, SS, são classificados segundo a capacidade de instalação e o tipo de serviços que oferecem à população.

O ISSSTE possui 55 leitos disponíveis e 29 não disponíveis, oferecendo serviços básicos como: medicina interna, cirurgia ginecológica, pediatria e as especialidades de traumatologia, oftalmologia, urologia, otorrinolaringologia, cirurgia pediátrica e vascular, cardiologia, psicologia e odontologia.

O IMSS é o mais antigo dos três, possuindo o maior número de assegurados e oferece atenção de segundo nível e alguns serviços oferece atenção terciária, tais como: Unidade de Terapia Intensiva, Cirurgia Neurológica (MÉXICO, 2003a).

O Hospital Geral atende a população que não dispõe de seguridade social.

4.3 Local de estudo

A presente investigação se realizou no Instituto de Seguridad Servicio Social para os trabalhadores do Estado (ISSSTE) de Celaya Guanajuato – México.

O ISSSTE é uma instituição que proporciona proteção, ainda que seja mínima, aos grupos mais necessitados por motivos de saúde ou incapacidade. Nesta instituição de saúde são atendidas aquelas pessoas que têm direito aos serviços que outorga o instituto, seja trabalhador ou pensionista e os familiares de ambos em linha direta ascendente ou descendente.

Por pensionistas se entende aquelas pessoas que sem estar ativos seguem gozando das prestações e serviços que oferece o instituto assim como um salário mensal.

O ISSSTE, foi fundado em janeiro de 1960, atualmente estão afiliados a ele 2 milhões de empregados públicos do país, agrupados em 220 sindicatos.

A legislação de ISSSTE estabelece que de início o trabalhador apostará o 3.5% de seu salário para o sistema de aposentadoria e/ou o que fizer falta para a cobertura do reconhecimento de aposentadoria e pensões será coberto pelas instâncias federais e o estaduais (MÉXICO,2001b).

As pessoas protegidas pelo Instituto compreendem trabalhadores do serviço da Federação e do Governo do Distrito Federal, trabalhadores de Organismos Públicos que por Lei ou por acordo do Executivo Federal sejam incorporados ao regime, assim como às pensões de tais Organismos.

Na atualidade, o ISSSTE cobre 10.5 milhões de habitantes do país, o que significa que um de cada dez mexicanos é atendido pela Instituição em suas 1,202 unidades.

Constitui uma seguridad social que abrange 21 seguros, serviços e prestações dirigidas aos trabalhadores a serviço do Estado. Dos 10,5 milhões de *derechohabientes*, 2,4 milhões são trabalhadores ativos que cotizavam à instituição, dos quais 1,3 milhões (60%) são trabalhadores da educação, e 490 mil pensionistas.

O Instituto outorga prestações por aposentadorias, idade e tempo de serviço, cessante em idade avançada, invalidez, viúvo e orfã, pensões por risco de trabalho, indenizações globais e gastos de funeral.

O ISSSTE tem como **missão** contribuir para o melhoramento dos níveis de bem-estar integral dos trabalhadores a serviço do Estado, pensionistas, aposentados e seus familiares *derechohabientes*, mediante a oportuna e eficiente

prestação dos serviços: médicos, prestações econômicas, sociais e culturais, habitação, lojas e farmácia e serviços de turismo.

Sua **visão** é a *derechohabiencia* de devera contar com serviços de acordo com suas necessidades e expectativas, normatizadas por códigos de qualidade e acolhimento que permitam gerar valores e práticas para a melhoria da preservação do bem-estar e qualidade de vida, nas áreas econômica, de saúde, habitação, formação e atualização, assim como, uma diversificação das atividades em matéria de esporte, cultura e recreação.

O ISSSTE tem como autoridade máxima o Diretor Geral, que tem como responsabilidade a condução e execução das ações operativas do instituto conforme a lei vigente, seguindo ordem hierárquica. A Secretaria da Junta Diretiva como órgão máximo de Governo terá a responsabilidade do planejamento estratégico do Instituto, a supervisão da gestão do mesmo e o controle de suas atividades, para o qual deverá definir o Programa Institucional e os Programas Operativos Anuais, os objetivos, metas, prioridades e estratégias, assim como garantir a conexão do processo de programação com os de orçamento, avaliação e controle e o Órgão interno de controle no ISSSTE, o qual se auxiliará para o exercício duas atribuições dos Titulares das Áreas de Responsabilidades, de Auditoria Interna, de Auditoria de Controle e Avaliação e de Queixas.

A clínica ISSSTE está subordinada ao diretor geral que se encontra na Subdireção geral médica, a qual tem as seguintes funções: Planejar, organizar, normatizar, coordenar, controlar e avaliar, com base nas políticas institucionais e setoriais o Sistema Institucional de Serviços de Saúde para garantir que o outorgamento dos seguros, prestações e serviços estabelecidos na Lei, se efetuem de maneira ágil, oportuna e eficaz em benefício da população *derechohabiente*; estabelecer as políticas, programas e ações dirigidas à população *derechohabiente* em matéria de saúde e definir conjuntamente, as que requeiram participação coordenada nas unidades administrativas competentes, formular as políticas, normas, programas, sistemas, manuais e procedimentos no âmbito da saúde a que devem se sujeitar as delegações e unidades médicas descentralizadas e, no caso, conseguir a autorização da unidade administrativa competente;

Divulgar os programas institucionais, os setoriais e especiais que determinem o Executivo Federal em matéria de saúde e a normatividade aplicável, assessorar as delegações e unidades médicas descentralizadas sobre sua aplicação e execução,

assim como vigiar seu cumprimento, propor ações no âmbito de saúde para a atenção preferencial de pensionistas, aposentados, incapacitados e grupos vulneráveis, assim como, em matéria de medicina do trabalho, operar a Central de Emergências;

Planejar, normar, coordenar, aprovar, controlar e avaliar as ações de formação e educação médica contínua dos recursos humanos para a saúde, o cumprimento e impacto das ações de investigação clínica, biomédica, epidemiológica e em serviços de saúde que desenvolvem as delegações e unidades médicas desconcentradas, assim como promover o intercâmbio acadêmico e de serviços com instituições públicas ou privadas;

Elaborar os programas operativos anuais e de avanço físico-financeiro dos orçamento central do fundo de atenção à saúde e promover ações de melhoramento, modernização e simplificação administrativa;

Desenvolver e coordenar a operação dos sistemas de informação de serviços de saúde e de vigilância epidemiológica no âmbito institucional.

Determinar as necessidades de obra e equipamento das unidades médicas do Instituto, assim como validar sua execução e aquisição.

Estabelecer as políticas em matéria de administração e designação de pessoal para a saúde.

Determinar, estabelecer e gerenciar as necessidades de insumos para a saúde que requerem as unidades médicas.

Coordenar, nos termos estabelecido pelo Estatuto, a operação das seguintes unidades administrativas descentralizados: Centro Médico Nacional “20 de Novembro”, Hospitais Regionais, e Derrogados. De igual maneira coordenará a operação da Escola de Enfermagem.

Planejar, organizar, normatizar, coordenar e controlar a conservação, manutenção e equipamento da equipe médica e eletromecânica das Unidades Médicas em nível nacional, e dos imóveis pertencentes ao Instituto localizado no Distrito Federal, de acordo com as políticas e estratégias estabelecidas pela norma para a proteção do ambiente e do equilíbrio ecológico.

Realizar e manter atualizado o registro geral dos bens que constituem o inventário da equipe médica propriedade do Instituto, em coordenação com a Subdireção Geral Jurídica e a Coordenação Geral de Administração.

Estabelecer as normas e especificações técnicas para a operação das unidades médicas pertencentes ao Instituto, em coordenação com as áreas que têm como responsabilidade a utilização das mesmas.

Programar, convocar e celebrar as licitações e/ou concursos, que tenham por objetivo a aquisição de medicamentos, materiais de cura, equipe e instrumental médico, e a conservação e manutenção das equipes médicas e eletromecânicas das Unidades Médicas em nível nacional e dos imóveis pertencentes ao Instituto localizados no Distrito Federal. Subscriver os contratos e/ou convênios respectivos, e aplicar as sanções econômicas que em direito procedam com base na legislação aplicável.

O ISSSTE Guanajuato conta com 41 Unidades médicas: 1 hospital regional em León Guanajuato de terceiro nível, 3 clínicas-hospital de segundo nível (Celaya, Guanajuato e Irapuato), 1 clínica médica familiar de primeiro nível com as quatro especialidades básicas em Salamanca e 36 unidades de medicina familiar no resto do estado, das quais 15 são próprias e 21 não pertencentes à instituição. (MÉXICO, 2005b).

Em Guanajuato há 31 mil pessoas com diagnóstico de diabetes tipo 2 (MÉXICO, 2000b). Em uma reportagem realizada pela secretaria de saúde do estado de Guanajuato, refere que durante o primeiro semestre de 2005, foram identificados 11 mil e 500 casos de diabetes tipo 2, dos quais 596 pessoas encontravam-se registrados em Celaya Guanajuato.

A clínica hospital ISSSTE Celaya, Guanajuato – México, oferece atenção aos pessoas com diabetes tipo 2, os serviços de consulta externa de medicina interna realizam registro dos pessoas que são atendidos, bem como, o diagnósticos dos mesmos. A clínica hospital ISSSTE Celaya oferece atenção de nível secundário e conta com 2,930 pessoas aposentados dos quais aproximadamente 60% apresentam diabetes tipo 2.

A clínica conta com especialidades médicas como: medicina interna, cardiologista, endocrinologista, cirurgião, oftalmologistas, otorrinolaringologista, ginecologista, gastroenterologista, radiologista, dermatologista, geriatria, alergista e psicólogo; de enfermagem: com especialistas em cirúrgica, intensivistas, saúde pública, em administração, pediatria, licenciados em enfermagem, enfermeiras generalistas, auxiliares de enfermagem, assistente social e dietista.

4.4 População de estudo

Para determinar a população de estudo, foram utilizados os dados registrados na consulta externa dos pessoas com diabetes tipo 2, totalizando 2,930 pessoas até o ano 2006. A população do estudo constituiu-se por 993 pessoas com diagnóstico de diabetes tipo 2.

4.5 Critérios de inclusão

Para esta investigação se estabeleceu como critérios de inclusão pessoas aposentados durante o período de 2000 a 2005; com diagnóstico de diabetes tipo 2; residentes em Celaya Guanajuato; que aceitaram participar do estudo; pessoas com pelo menos um ano de aposentadoria.

4.6 Critérios de exclusão

Foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: pessoas aposentados antes do período de 2000 e posterior a dezembro do 2005; residentes fora da cidade de Celaya Gto; que não aceitaram participar do estudo.

4.7 Limites de tempo

A presente investigação realizou-se de agosto de 2006 a agosto de 2007.

4.8 Variáveis de estudo

Para a elaboração do instrumento de coleta de dados definiu-se as seguintes variáveis: sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação/profissão, pessoas com as quais mora, se tem bicho de estimação); e variáveis clínicas (tempo de diagnóstico, número de consultas médicas e internamentos, motivos de internamentos, enfermidades associadas, complicações e tratamento).

A seguir define-se as variáveis escolhidas para a presente investigação:

Sócio- demográficas:

Sexo: ambos os sexos

Idade: anos cumpridos

Estado civil: solteiros, casados, divorciados, viúvos, separados, união livre.

Escolaridade: considerados os anos de estudos formais.

Ocupação/profissional: ocupação atual (caso esteja isenta de alguma atividade posterior à aposentadoria).

Pessoas que moram com o paciente: pessoas que moram permanentemente no domicílio.

Têm animal de estimação: animais que sejam significativos para a pessoa.

Clínicas (Diabetes tipo 2)

Tempo de diagnóstico do diabetes tipo 2: número de anos referidos pelo paciente.

Número de consultas médica: número de consultas realizadas durante um ano, referidas pelo paciente.

Número de internamentos: número de hospitalizações referidas pelas pessoas.

Motivos de Internamento: motivos de hospitalização referida das pessoas.

Doenças associadas: todas as enfermidades referidas pelo paciente.

Complicações do Diabetes tipo 2: apenas aquelas relacionadas com o diabetes tipo 2.

Segue tratamento: tratamento referido pelo paciente, com base terapêutica medicamentosa.

4. 9 Construção dos instrumentos da coleta de dados

Para esta investigação foram construídos dois instrumentos de coleta de dados. O primeiro refere-se a um instrumento sistematizado contendo as variáveis sociodemográficas e clínicas de interesse do estudo, que se encontra conformado pelos dados identificação da pessoa diabética e por 10 questões abertas referentes as variáveis sociodemográficas e clínicas (Apêndice 1).

O segundo instrumento consistiu-se de uma guia para o pesquisador que possibilitou a realização da entrevista semi-estruturada a fim de compreender as mudanças na vida da pessoa com diabetes durante o processo de aposentadoria contendo 17 questões abertas (Apêndice 2).

4. 10 Aproximações com o campo de estudo

Para o desenvolvimento desta investigação escolheu-se como contexto a Clínica Hospital ISSSTE Celaya Guanajuato- México, em particular aos pessoas que se encontram registrados na consulta externa de Medicina Interna que atende em

média 60 pessoas por dia, com diferentes patologias. Este serviço oferece atenção durante os turnos matutino e vespertino, por meio de médicos especialistas que acompanham a evolução e/ou complicações dos pessoas e decidem se necessitam de uma consulta com médico especialista, como traumatologista, cardiologista, vascular e oftalmologista.

Para que os pessoas sejam consultados na Medicina Interna devem solicitar previamente, seja por via telefônica ou comparecendo à instituição e de acordo com o agendamento é fornecida uma data para consulta, existindo um registro destes pessoas, para a solicitação de expedientes clínicos onde leva seu histórico médico.

Os pessoas que comparecem a esta consulta são *derechohabientes* da instituição, seja como, trabalhador ou como aposentado, retomando de acordo com a sua condição de saúde, uma vez por mês regularmente, onde devem apresentar com seus resultados de laboratório ou de gabinete dependendo do caso, e o médico decide se é necessário solicitar novos exames de laboratório ou somente os de rotina como é a química sanguínea completa, e em algumas ocasiões biometria hemática.

Antes da consulta, a enfermeira que atende no consultório afere os sinais vitais, para quando o médico examina-lo tenha disponível esta importante informação, e possa realizar uma avaliação inicial do estado de saúde do paciente.

Depois da consulta, os prontuários dos pessoas com as novas informações são transferidos para a área de arquivo para serem utilizadas na próxima consulta ou diante de qualquer emergência. O registro destes pessoas não é seguro, pois na maioria das vezes os prontuários são perdidos.

Na Clínica ISSSTE a cada ano se realiza uma campanha chamada “Revista”, a qual consiste em atualizar os dados dos pessoas que se encontram aposentados; esta campanha ocorreu nos meses de julho e agosto de 2006, e se encontra a cargo de uma secretária e de um enfermeiro que avaliam os pessoas.

Em virtude dessa atividade a instituição procurou identificar os pessoas aposentados no período compreendido entre os ano 2000 a 2005, pelo menos um ano após a aposentadoria, residentes de Celaya Gto, e que tiveram o diagnóstico de diabetes tipo 2. Desta forma, deu-se início à coleta de dados para a caracterização destes pessoas.

Durante o período da “Revista”, nos meses de julho e agosto de 2006, a pesquisadora compareceu à instituição de segunda a sexta feira durante o turno

matutino das 10 às 12 horas em conjunto com a secretária e o enfermeiro responsáveis pela atualização dos dados dos pessoas com diabetes tipo 2 aposentados. À campanha da “Revista” compareceram 90% dos pessoas, o restante não comparecem por considerar desnecessário. Nas atividades desenvolvidas a pesquisadora identificou 56 pessoas com diabetes que atenderam os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

Após a identificação dos 56 pessoas com diabetes tipo 2 aposentados, a pesquisadora explicou a natureza e os objetivos da investigação para os que aceitaram participar do estudo e aplicou o instrumento de coleta de dados (Apêndice 1), para obtenção dos dados sócio-demográficos e clínicos, antes de passar à Revista, com uma duração média de 40 minutos

A seguir a apresentamos as características sócio-demográficas dos 56 pessoas com diabetes tipo 2 aposentados, residentes em Celaya Guanajuato México, em 2006 na Clínica do ISSSTE.

TABELA 1 - Distribuição numérica e percentual de pessoas com diabetes tipo 2, aposentados, segundo variáveis sócio- demográficas. Celaya Guanajuato México, 2006

Variáveis Sociodemográficas		
	n°	%
Idade/anos		
< 50	1	1.8
50 – 59	16	28.6
60 – 69	22	39.3
> 70	17	30.3
Total	56	100
Sexo		
Masculino	30	53.6%
Feminino	26	46.4%
Total	56	100
Estado civil		
Casado	39	69.6%
Viúvo	11	19.6%
Solteiro	4	7.1%
Divorciado	2	3.6%
Ocupação		
Lar	20	35.7%
Professor	16	28.6%
Empregado estatal	4	7.1%
Empregado federal	4	7.1%
Comerciante	4	7.1%
Agricultor	2	3.6%
Mecânico	2	3.6%
Motorista	2	3.6%
Eng. Agrônomo	1	1.8%
Empregado de comunicações	1	1.8%
Total	56	100
Escolaridade		
Nível superior	22	39.3%
Nível médio superior	4	7.1
Nível básico	23	41.0%
Analfabeto	7	12.5
Total	56	100
Pessoas com quem mora		
Acompanhada	52	92.8%
Sozinho	4	7.1%
Total	56	100
Conta com animal de estimação		
Sim	26	46.4%
Não	30	53.6%
Total	56	100

Fonte: ISSSTE. Instrumento de identificação do paciente com diabetes tipo 2.

Na Tabela 1 pode-se identificar que 39,28% dos pessoas entrevistados se encontram entre os 60 e 69 anos de idade, correspondendo à população idosa de acordo à classificação da OMS, seguido pelos adultos maiores com 28,57%.

Assim, pode-se observar que 53,6% pertencem ao sexo masculino e 46,4% ao feminino. Harrison (2000) refere que a incidência de pessoas com diabetes tipo 2 é igual, mas de acordo com a faixa etária do idoso (pessoa acima de 60 anos) é ligeiramente maior no sexo masculino, conforme se evidenciou no presente estudo. Assim, também pôde-se observar que 69,6% dos pessoas entrevistados são casados e 19,6% nesse momento da sua vida são viúvos, situação que motiva uma reflexão sobre o estado emocional dessa população, uma vez que os pessoas com diabetes tipo 2, em várias momentos necessitarão de apoio e a companhia de algum familiar para poder realizar seu cuidado.

Percebe-se que 35,7% desses pessoas se dedicavam ao lar, podendo significar melhores condições para seus cuidados, porém a literatura refere que o trabalho em casa é muito exaustivo e não é remunerado. É possível pensar que tal situação se constitui em uma das principais dificuldades para poder realizar um cuidado adequado da sua saúde. Entretanto 28,6% eram professores, portanto com maior escolaridade e com melhores condições para realizar um efetivo cuidado.

Em relação à escolaridade, 41% dos pessoas com diabetes tipo 2 contam com um nível de preparação básico que envolve a atenção primária e secundária, e 39,3% de nível universitário, e se considera que nesse nível de atenção existem meios adequados para receber ou buscar maior informação sobre a doença.

TABELA 2 - Distribuição numérica e percentual de pessoas com diabetes tipo 2, aposentados, segundo variáveis clínicas. Celaya Guanajuato México, 2006

Variables clínicas		
	n°	%
Tempo de diagnóstico/ano		
< 1	2	3.6
1 a 5	16	28.6
5 a 10	9	16.0
10 a 15	15	26.8
15 a 20	11	19.6
20 a 25	2	3.6
> 25	1	1.8
Total	56	100
Consultas médicas/ano		
0 - 12	48	85.8
13 - 26	5	8.9
> 27	3	5.3
Total	56	100
Internações/ocasiões		
Nunca	21	37.5
Uma	4	7.1
Dois	9	16.1
Três	1	1.8
Quatro	14	25
Cinco	5	8.9
Seis	1	1.8
+ de seis	1	1.8
Total	56	100
Causas de Internações		
Outras doenças	14	25
Alterações metabólicas	7	12.5
Renais	5	8.9
Cardíacas	5	8.9
Vasculares	3	5.4
Desconhece	22	39.3
Total	56	100
Doenças associadas		
Sim	37	66.0
Não	19	33.9
Total	56	100
Tipo de doença		
Cardiovascular	23	41.1
Renal	2	3.5
Outras	9	16.1
Hiperglicemias	1	1.8
Nenhuma	21	37.5
Total	56	100
Complicações		
Sim	17	30.4
Não	39	69.6
Total	56	100
Trato. Medicamentoso		
Sim	55	98.2
Não	1	1.8
Total	56	100

Fonte: ISSSTE. Instrumento de identificação do paciente com diabetes tipo 2

Na Tabela 2 se encontram as características clínicas dos pessoas com diabetes tipo 2, onde se observa que 28,57% delas pessoas foram diagnosticados com diabetes tipo 2 entre 1 e 5 anos e 26,78% de 10 a 15 anos. Tal situação se poderia considerar relevante dado que essas pessoas podem cumprir com as indicações de cuidado com o objetivo de evitar ou retardar as complicações que podem ocorrer.

Identifica-se que 66,1% dos pessoas com diabetes tipo 2 demandam consulta médica pelo menos uma vez ao mês, aspecto importante para o cuidado desses pessoas uma vez que favorece um melhor controle de sua doença, mas, 25% foram hospitalizados quatro vezes e 16,1% duas vezes ao ano. Esta situação é preocupante porque pode ser o reflexo das dificuldades que os pessoas vêm tendo em relação ao controle da doença e no autocuidado. Assim, este dado pode sugerir que o desempenho dos profissionais de saúde, da clínica ISSSTE Celaya, pode não tendo um seguimento favorável para o controle da doença. Destaca-se que 23% desses pessoas apresentam alterações cardiovasculares e que em algum momento podem apresentar graves alterações que afetam a dinâmica familiar e social, embora 69,6% referem não contar com complicações próprias da doença. É importante destacar que 98,2% têm tratamento medicamentoso com antidiabéticos. Nesse contexto, evidencia-se a relevância da prestação de uma assistência de saúde que valorize não apenas o aspecto físico e medicamentoso que envolve o processo de atenção ao pessoas com diabetes tipo 2, mas também as ações de Promoção da Saúde, prevenção de doenças e/ou complicações da doença.

4.11 Coleta de dados

Em janeiro de 2007 após a caracterização dos pessoas com diabetes tipo 2, da clínica hospital ISSSTE Celaya., Guanajuato- México, se inicia o contato com 56 pessoas aposentados de Celaya caracterizados anteriormente.

Em um primeiro momento iniciou-se contato com os pessoas por telefone solicitando a participação dos mesmos na pesquisa. Posteriormente foi iniciada a coleta de dados pactuando com o paciente o melhor lugar e horário para realizar as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas de forma individual até alcançar a saturação dos dados, a qual ocorreu na décima entrevista. A coleta de dados foi finalizada em março de 2007.

Para a aplicação da entrevista, inicialmente a pesquisadora apresentou-se ao paciente, informando o objetivo da mesma e a forma de participação. Em seguida foi solicitada a autorização para a gravação dos depoimentos e a assinatura do Termo de Esclarecimento e Livre Esclarecido. Buscou-se um ambiente favorável onde, foram esclarecidas as dúvidas do paciente em relação à entrevista e à própria doença. Durante as entrevistas o paciente no geral mostrou-se receptivo ao diálogo.

Cabe destacar que oito (08) entrevistas foram realizadas no domicílio do paciente. Essa experiência possibilitou observar as condições de moradia, assim como, as posturas destes durante o desenvolvimento das entrevistas. Duas (02) entrevistas se realizaram na clínica hospital ISSSTE Celaya por decisão das pessoas. Para poder desenvolver a entrevista nesse local foi necessário a autorização da enfermeira do consultório de geriatria.

A segunda entrevista foi realizada na clínica do hospital em função do agendamento da consulta médica de controle do paciente, buscando otimizar o tempo do mesmo. Em seu decorrer observou-se que o paciente estava tenso, em decorrência da situação então buscou-se explorar os motivos desse sentimento. Identificou-se que a preocupação do paciente estava relacionada ao medo de ser prejudicado posteriormente no atendimento na unidade de saúde. Nesse sentido, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, formas de participação e sobre tudo os aspectos éticos que asseguram o sigilo dos informantes. O paciente então mostrou-se mais tranquilo e expressou sua gratidão pela preocupação com ele e com os outros pessoas que apresentam o mesmo problema de saúde. Finalmente ressaltou-se a nossa permanente disponibilidade para estar esclarecendo qualquer dúvida sobre a pesquisa.

4.12 Análise dos dados

Para a análise dos dados optou-se pela utilização da Técnica de Análise de Conteúdo, Modalidade Temática proposta por Minayo (2004, p. 208). A autora refere que “esta técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significam algumas coisas para o objetivo analisado”.

Essa análise temática se divide em três etapas:

1) Pré-análise. Os documentos são analisados e se retoma a hipótese e objetivos iniciais da investigação. Esta etapa se divide em:

a) Leitura flutuante. Esta etapa foi realizada com cada uma das entrevistas transcritas na íntegra com a finalidade de alcançar uma maior impregnação da informação e identificar o núcleo de sentido. Nesse sentido foi elaborado um quadro ilustrativo (Anexo 1), com todas as perguntas da entrevista e as respostas de cada um dos pessoas iniciando desta forma a segunda etapa.

b) Construção do *corpus* da pesquisa. Organizou-se todo o material conforme as normas de validação.

Nesta fase de análise determinou-se a unidade de registro mediante a identificação da figura e o tema, dando o significado do texto e construindo um quadro representativo com o núcleo de sentido. Posteriormente se identificou em cada uma das entrevistas as semelhanças das palavras, e desta maneira conformar-se o tema e figura geral das falas dos pessoas durante as entrevistas. Assim foi iniciada a segunda etapa descrita a seguir.

2) Exploração do material. Consistiu na operacionalização da codificação, agrupando-as em duas categorias principais antes e depois da aposentadoria e de acordo com o tema e subtema encontrados nas entrevistas. Nesta etapa foi realizada a busca da literatura sobre a aposentadoria e dos temas e subtemas para dar sustentabilidade científica.

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A partir da análise dos dados foram construídos dois grandes temas: **vida antes da aposentadoria e vida depois da aposentadoria**. A vida antes da aposentadoria deu origem a dois temas gerais: **vida dedicada ao trabalho e a insegurança em relação ao diabetes tipo 2**. Vida depois da aposentadoria, originou dois temas: **alternativa posterior à aposentadoria e plano terapêutico para o controle do diabetes tipo 2**.

4.13 Considerações Éticas

O presente estudo foi aprovado junto ao comitê de Bioética da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Celaya Guanajuato-México, em 5 maio, 2006. Essa investigação seguiu o disposto pelo Ministério de Saúde, no regulamento da Lei Geral de Saúde em matéria de investigação para a saúde do México (MÉXICO 1997), considerando para sua realização os aspectos éticos que garantam a dignidade e o bem estar dos pessoas, assim como a dignidade humana. Para garantir isto se considerou o título segundo os Aspectos Éticos da investigação em

seres humanos Capítulo I da Lei Geral de Saúde expedida pela Secretaria de Saúde em 2000, de acordo aos artigos 13, 14, 16, 17 e 20.

Os participantes foram informados de forma verbal sobre os objetivos do estudo explicando a forma de participação dos mesmos e a finalidade da investigação solicitando a assinatura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido (Apêndice 4). Assim, se explicou aos pessoas o seu direito de recusar ou abandonar o estudo em qualquer momento sem prejuízo de qualquer natureza.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir se apresenta uma síntese de cada entrevista realizada que possibilitará conhecer as características individuais e do contexto social dos sujeitos deste estudo.

5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Entrevista 1

Entrevista realizada na casa do paciente, de sexo feminino, com 65 anos de idade, que se aposentou no ano 2000, casada, mãe de três filhos já casados, com netos, mora com o marido, um neto e a mãe de 85 anos. A casa onde mora é de tamanho regular, a paciente tem bichos de estimação (pássaros). A paciente é magra, se observa tranqüila e com desejo de viver incentivado sobretudo pela presença do neto considerado como um filho. Essa experiência tem sido muito gratificante para ela. Participa regularmente da missa e pertence a um grupo católico que tem como missão evangelizar as pessoas, valoriza muito a presença de Deus na vida dela e acredita que ele tem ajudado muito na melhora do estado de saúde dela e dos filhos.

Entrevista 2

Entrevista realizada na clínica hospital ISSSTE Celaya, paciente de sexo masculino de 55 anos, se aposentou em 2005, casado, com 2 filhos, uma mulher e um homem, o mais novo está finalizando os estudos de graduação. Mora com sua esposa e filho, sua situação econômica é estável, depois de aposentado montou um escritório agropecuário que permite ter uma rotina de vida dinâmica. A esposa trabalha na venda de roupas complementando a renda da família. Mantém uma relação próxima com os netos. A casa onde mora o paciente e família apresenta uma boa infra-estrutura. Ele pratica atividade física todos os dias durante 10 a 15 minutos. A cifra de glicose regularmente é de 140mg em jejum, seu tratamento é a base de hipoglucemiantes orais e insulina intermédia. É hipertenso, controla sua pressão arterial com dieta. Realiza controle da glicose e da pressão arterial pessoalmente e com regularidade, por, baumanômetro e glucômetro digital.

Entrevista 3

Entrevista realizada na casa da paciente de sexo feminino com 55 anos de idade, aposentado em 2000, casada, com 4 filhos, três casados e uma divorciada. Mora com o esposo, a filha divorciada e um neto que são a preocupação dela. Em casa tem um cachorro que não é muito aceito pela paciente. Durante as manhãs ela fica sozinha, uma vez que o esposo e a filha trabalham. Ela costumava fazer a faxina da casa, o que agora não é possível por causa da amputação de uma perna que obrigou-a a usar cadeira de rodas, mas costuma cozinhar todos os dias. Permanentemente está preocupada com a situação de saúde da filha, uma vez que ela é também diabética. Durante a entrevista estava apreensiva e com ares de preocupação e desesperança. Observou-se precárias condições de limpeza da casa. As condições de sua casa não são apropriadas. O nível de glicose regularmente é de 200mg/ml. Tem antecedente de IRC e realizou transplante renal.

Entrevista 4

A entrevista foi realizada no domicílio da paciente de sexo feminino, com 55 anos de idade, aposentada em 2003, embora já tivesse condições de se aposentar há mais de 5 anos. É solteira, mora sozinha, sem bicho de estimação. Tem casa própria em boas condições de higiene. Os familiares (irmãs) moram perto e tem uma boa relação como as pessoas amigas que oferecem ajuda quando ela precisa. Tem sobrinhos que moram no exterior, mas que mantêm contato freqüente com ela. Esporadicamente faz caminhada, não segue uma dieta adequada, mas procura o consumo de poucos alimentos na tentativa de não aumentar de peso. Tal cuidado tem possibilitado manter a glicose em níveis aceitáveis de 95mg/ml.

Entrevista 5

Entrevista realizada no domicílio da paciente de sexo feminino, com 58 anos de idade, aposentou em 2004, é viúva desde os 32 anos, com 6 filhos. Mora sozinha em casa, a qual é pequena, contudo tem um pequeno apartamento onde mora um dos filhos com mais duas crianças (filhos). Tem bichos de estimação (pássaros) todos os dias geralmente aproveita para cuidar deles. Pertence à religião testemunha de Jeová onde tem a missão de evangelizar as pessoas através de visitas, porém, devido à situação de saúde não pode mais realizar tais atividades. Paciente debilitada com dificuldade para procurar o serviço de saúde, com

problemas de visão que impedem a leitura – atividade considerada como gratificante.

Entrevista 6

Paciente foi entrevistada no domicílio, é de sexo feminino, com 60 anos de idade, se aposentou em 2000, é docente de formação, viúva faz um ano, mora com a filha mais nova. Tem um bicho de estimação (cachorro). Ela gosta de manter a casa limpa, é uma pessoa muito ativa, tem assumido a condução de um grupo de idosos organizado pelo município. Realizam atividade física três vezes por semana. Pelo menos uma vez por ano ela organiza uma viagem para cidades próximas com o grupo de idosos com a finalidade de lazer. Esta experiência tem sido gratificante e motivadora para lidar com os problemas do dia a dia sobretudo com a ausência do esposo. Permanece muito tempo com sua filha, ambas realizam algumas atividades juntas. A paciente recebe a pensão do esposo após o falecimento do mesmo, a qual contribui para a manutenção delas. Além da pensão do esposo ela dispõe do dinheiro da própria aposentadoria. Frequentemente realiza reuniões com as amigas, experiência que tem sido positiva para ela, emocionalmente. Para manter seu nível de glicose fora dos medicamentos, também toma remédios caseiros que ajudam a manter estável os valores de glicose e, portanto, ajuda a evitar complicações com sua saúde.

Entrevista 7

Entrevista realizada no domicílio da paciente de sexo feminino, com 56 anos de idade, casada, com 5 filhos de idades diversas, uns adolescentes e um de 9 anos ao qual procura dedicar o maior tempo do dia. Mora com o esposo e os filhos, tem um bicho de estimação (cachorro). A relação com os filhos é boa. Mantém uma dieta saudável evitando farinhas e gorduras. Segue tratamento do médico e toma remédios para manter a glicose em valores normais. Geralmente consome sucos para contribuir no equilíbrio dos valores de glicose. A pressão arterial geralmente aumenta e busca controlar com medicamentos e dieta, e realiza um pouco de exercícios: caminha pelos menos 15 minutos ao dia quando vai pegar o filho na escola. Realiza a faxina da casa e participa de reuniões de amigos, gosta de dançar, mas não é mais possível tal atividade em função de uma fratura na perna. Recebe

ajuda financeira do esposo, não tem dificuldade econômica. Ultimamente a glicose tem se mantido entre 130 e 150 mg/dl e se sente muito bem de saúde no momento.

Entrevista 8

Paciente de sexo feminino, que foi entrevistada na clínica hospital ISSSTE, ela tem 58 anos de idade, aposentou-se em 2004, é divorciada com 3 filhos e dois netos. Mora com dois filhos e com os netos pois as filhas trabalham e ela se sente na obrigação de colaborar no cuidado dos netos; tem ocasiões em que se sente desesperada pois os netos demandam muitos cuidados. Gosta de animais. Não tem boa situação financeira, em algumas ocasiões tem ajuda dos irmãos. Ela consulta o médico homeopata, pois acredita ter melhores resultados com a glicose.

Frequentemente tem-se deprimido, o médico homeopata prescreveu algumas “gotinhas”, mas não tem o efeito esperado. Sente tristeza e não entende o motivo. Em outros momentos se sente muito mal fisicamente e apresenta cansaço e dificuldade com a visão. Não segue uma dieta saudável, a única atividade física que realiza é durante a faxina da casa a paciente usa remédios caseiros, embora refere não ter mudança no nível de glicose. Ela realiza consulta médica só com a finalidade de manter a vigência do serviço de saúde para obter atendimento principalmente em situações de urgência por alguma complicação decorrente da doença.

Entrevista 9

Paciente masculino com 55 anos de idade, entrevistado no domicílio, se aposentou em 2004, é divorciado, com 5 filhos, todos adultos. Após a separação da esposa, o paciente foi morar com a mãe idosa. O paciente apresenta complicações como consequência do diabetes tipo 2 tal como a cegueira e IRC, recebe hemodiálise na cidade de León, situação que incomoda muito. Apresenta descamação urêmica o que produz prurido. Observa-se o paciente zangado e pouco prestativo. Fica na dependência de crianças para realizar suas atividades diárias. Situação econômica estável embora refira não ser boa, pois não possibilita um atendimento particular como é o desejo do paciente. Não segue uma dieta específica e come quando tem vontade, e aquilo que ele deseja no momento. Procura regularmente o médico no momento da hemodiálise e quando não se sente bem de saúde, o que ultimamente é muito freqüente. Não tem bicho de estimação.

Entrevista 10

Paciente feminina entrevistada no domicílio, com 52 anos de idade, aposentada em 2005, casada, com 2 filhos adultos casados, mora em casa própria apenas com o esposo que ainda trabalha e apresenta doença cardíaca. Não tem bicho de estimação em casa, a qual é pequena. Observa-se a paciente triste e com um olhar de desesperação. Para manter o nível de glicose ingere medicamentos hipoglucemiantes que melhoram o nível de glicose em algumas ocasiões. Não segue uma dieta adequada e não realiza nenhuma atividade física porque sente dor nas pernas permanecendo muito tempo sentada sem realizar nenhuma atividade. O nível de glicose ultimamente foi de 200mg/dl.

A seguir se apresenta os dados empíricos e a sua discussão, resultado das entrevistas das pessoas com diabetes tipo 2. Deste modo os dados foram agrupados em duas grandes categorias: **a vida antes e depois da aposentadoria**

VIDA ANTES DA APOSENTADORIA

5.2 VIDA DEDICADA AO TRABALHO

5.2.1 Trabalho como obrigação

A discussão sobre as questões do trabalho aparece com bastante ênfase nas falas dos sujeitos entrevistados e nos dão idéia de que, além de dedicar o tempo de trabalho para atender às suas necessidades, os trabalhadores, em várias ocasiões percebem este trabalho como algo penoso que traz insatisfação pessoal.

A intensa jornada de trabalho é referida para o cumprimento de uma produtividade, como parte do processo de produção. Existe a sensação de que a maior parte do tempo de sua vida foi dedicada e absorvida pelo trabalho, não fazendo jus a um salário digno, apesar de considerar como pessoa com boa qualificação profissional

(....) mi trabajo lo desempeñe siempre en la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, con horario establecido, trabaje primeramente en el DF en una oficina pasando un tiempo en ella y otro en el campo; cuando me pasaron a Celaya permanecí más tiempo en la oficina, tenía que llegar a

una hora y salir a una hora determinada, me tenían “encajonado”, en una oficina.... aguantar todo esto por un salario tan bajo (ent.2).

Antunes (2004) comenta que grande parte dos trabalhadores, ao venderem a sua força de trabalho são desprovidos dos meios de produção social, portanto, como se pode perceber na entrevista, reconhecem que são donos dos meios de produção e dessa forma, não tem autonomia para decidir a que horas podem começar ou terminar a jornada de trabalho, além da necessidade de se submeter a uma precariedade salarial ou mesmo subemprego.

Outra questão importante que aparece nos fragmentos das falas, diz respeito ao trabalho feminino. Este se apresenta, em grande dos entrevistados, referidos como uma dupla ou tripla jornada de trabalho, pois além das atividades de dona do lar também acumulavam outras funções fora do lar.

(...) mi trabajo era muy activo trabajaba doble plaza una en la mañana y otra por la tarde salía de casa desde la 7 de la mañana y llega hasta en la noche, era la primera que llegaba y la última que salía, tenía tres años trabajando en un proyecto de Guanajuato por lo que salía frecuentemente a esas reuniones (ent. 1)

O mundo do trabalho, na sociedade contemporânea, se apresenta com alguns aspectos inovadores e dentre eles a expressiva participação feminina como força de trabalho, acumulando, portanto, atividades, consideradas “inerentes” ao trabalho da mulher, dentro espaço do lar.

Segundo Antunes (2004) houve um aumento significativo da incorporação feminina no mundo do trabalho, representando cerca de 40% da força laboral. Esta expansão do trabalho feminino tem sido evidenciada, na literatura, numa relação inversa quando se trata da temática salarial, na qual a remuneração das mulheres são inferiores àqueles recebidos pelos homens, o mesmo ocorrendo em relação aos direitos sociais e do trabalho, que também são desiguais. Isto parece colaborar em relação à percepção do trabalho enquanto algo penoso e desqualificado, como pode ser percebido na fala abaixo.

(...) mi trabajo era muy pesado comencé a trabajar desde muy abajo primeramente de intendencia luego en la lavandería y después de secretaria, llegaba muy temprano a las oficinas de tal manera de cuando entrara el personal ya estuviera limpio, era muy cansado yo tuve que trabajar porque mi esposo falleció cuando yo tenía 32 años, tenía que mantener a mis hijos que fue la razón por la que tuve que trabajar, pero también tenía que estar al pendiente de mis hijos les tenía que dejar la comida para que desayunaran y se fueran a la escuela, después me dieron el trabajo de lavandería pero abusaban de mi los jefestenía que lavar la

ropa de ellos, me tenia que quedar callada me daba unas buenas cansadas y de ahí tenia que llegar a la casa a cocinar para el otro día.. después me capacito el sindicato para que me dieran una plaza de secretaria me gane la confianza de mis jefes y fue el motivo para que me dieran la plaza pues les era muy útil en la cosas de la oficina, aunque eso no me tocaba yo lo hacia porque me gustaba (ent. 5)

A fala acima de uma das entrevistadas revela que além do que já foi discutido anteriormente em relação à jornada de trabalho, outro aspecto bastante importante é em relação à chefia do domicílio, já que nesta entrevista existe menção de que também assumia a responsabilidade pela manutenção e criação dos filhos. Outro fato também suscitado na fala diz respeito de que havia também exploração deste trabalho para além do que havia sido designada, realizando tarefas que na sua percepção não fazia parte de suas atividades profissionais, como lavar roupas dos chefes etc. Entretanto, não aparece na fala nenhuma resistência a este tipo de atividade para qual era designada, há sim certa indignação expressa pela fala, mas com pouca autoridade para se contrapor ao fato comentado.

Aspirar novos e melhores postos de trabalho também é algo sonhado pelos trabalhadores, e neste sentido, algo comentado pela depoente revela que muitos anos após, conseguiu ter um trabalho menos cansativo e penoso, no entanto, foi também dito a entrevistadora, em particular, não sendo gravado, que este posto de trabalho somente foi obtido porque ficou doente e nesse sentido, a resposta física para o trabalho anterior já não era mais possível, sendo então capacitada e lhes é oferecido outras atividades laborais.

Fernández (1986) comenta que uma das principais características do trabalho de exportação, em países como o México, é a forte dependência do trabalho feminino, onde mulher segue participando de maneira predominante. Corroborando neste sentido, Garduño (1993) discute que a participação da mulher no mercado de trabalho tem chamado à atenção não só pelas condições laborais, senão também pelas condições de vida em geral e pela responsabilidade que assume na família.

Assim, os indícios, estudos e as falas das entrevistadas têm revelado que a mulher tem a capacidade para se converter em trabalhadora polivalente pela experiência familiar de atender múltiplas atividades e funções no lar, que lhe permitem integrar-se de uma maneira mais imediata ao processo produtivo (VILLEGAS, 1997), e por que não dizer com certa resignação e de dependência do o trabalho para a sobrevivência sua e da família.

Em concordância com os autores se percebe o fato da mulher se desempenhar um trabalho exaustivo e ao chegar a casa, deve continuar com o trabalho da mesma, ainda que este não seja reconhecido como se pode observar nas seguintes entrevistas:

(...) después del trabajo tenía que hacer la limpieza de la casa y la comida de los hijos, las tareas etc (ent.1)

(...) antes de irme a trabajar tenía que ayudar en los quehaceres de la casa....cuando me case realizaba los quehaceres de la casa y estaba al pendiente de los hijos (ent.3).

Outro fator discutido apresentado nas entrevistas diz respeito à organização temporal do trabalho, percebe-se pelas falas que havia uma organização importante para poder conciliar as inúmeras tarefas de responsabilidades das entrevistadas, especialmente dado o fato de que para tal organização, havia necessidade de levantar muito cedo e se recolher bem mais tarde, depois de findada as atividades do lar e preparadas as do dia seguinte. O cansaço físico e mental destas trabalhadoras parecia ser visível e embora não existisse rotatividade de turnos, os impactos sobre o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores pareciam ser importantes, dado que sugerem pouca ou nenhuma preocupação com a sua saúde e ou autocuidado, interferindo também na dinâmica familiar.

(...) yo trabajaba doble plaza, salía desde las 7 de la mañana, llegando nuevamente a casa por la noche (ent.1)

Sabe-se que uma a grande dedicação ao trabalho laboral pode interferir em processos de adoecimento precocemente, pois impede que a pessoa tenha um tempo livre para “cuidar-se”, aliado a um estilo de vida pouco compatível com a qualidade de vida, ainda é perceptível que a divisão de tarefas do lar não fazia presentes em parte do grupo de depoentes. Assim, persiste uma divisão técnica e social do trabalho entre homens e mulheres, que pode determinar perfis de doença diferenciados, e entre elas as diferenças que se impõe em razão de gênero.

Desta forma, se relaciona o trabalho remunerado e o trabalho doméstico; o remunerado afeta o doméstico através do salário, por quantidade e qualidade de bens e serviços que permite consumir e por sua organização reflexa em horários, responsabilidades e espaço.

O trabalho doméstico influi sobre o remunerado pela sua função e a reprodução dos grupos domésticos. A contradição se dá na relevância social do

remunerado frente à invisibilidade do trabalho doméstico. Esta relação se expressa quando cada pessoa deve assumir como tarefa obrigatória uma das atividades, em função do sexo, constituindo-se assim um dos eixos da identidade de gênero (GARDINER, 1980). Tal como se pode observar na seguinte entrevista

(...) los fines de semana las comidas eran regulares con la familia, no descansaba, ya después de trabajar tenía que hacer la limpieza de la casa y la comida de los hijos, las tareas....(ent. 1)

(...) mi trabajo era muy sucio nunca me gusto trabaja mucho desde antes de salir de casa ayudaba a mi papá en su negocio de barbacoa el asear tantas oficinas y esos niños que las ensucian mucho (ent. 3)

A designação da coordenação do trabalho de casa para as mulheres e para os homens, o papel de provedor principal, impõe um mercado de trabalho segregado por gênero. O fenômeno da segregação, o aproveitamento pelos capitais das habilidades adquiridas na criança; a minuciosidade, a atenção e a destreza das mulheres e a força e a capacidade de movimentos rudes dos homens parecem ser determinantes para esta divisão de trabalho, aliado aos componentes culturais e sociais como o empobrecimento onde se incorporam mais mulheres ao mercado de trabalho (CRUZ; NORIEGA, 2003).

Em função disso a importância da divisão do trabalho reside na capacidade de conferir visibilidade às relações sociais. Isto pela divisão do trabalho é suporte empírico que permite a mediação entre relações sociais (abstratas) e práticas sociais (concretas) (HIRATA; KERGOAT, 1998, p. 95).

As diferenças entre trabalhos realizados pelos homens e pelas mulheres possibilitam o reconhecimento do que ocorrem na esfera doméstica e são relacionados ao mundo privado. Os cuidados, geralmente atribuídos às mulheres, como as crianças, a casa e seus habitantes não são considerados trabalhos por se tratar de atividades de manutenção das condições para a realização de “autêntico trabalho” o que perpetua as condições para a divisão e desigualdade do trabalho entre os sexos.

Na entrevista abaixo podemos perceber essas condições de desigualdade de gênero, que mostra o trabalho em casa como uma obrigação antes de sair da mesma, para continuar com o desenvolvimento da sua atividade remunerada

(...) tenía que ayudar a mi papa en su negocio lavar tantas cosas para la barbacoa (ent. 5).

Cabe destacar que nesta situação, a relação não era de marido e esposa e sim de pai e filha, o que revela novamente que os homens mantêm na mulher uma identidade relacionada às atividades domésticas, conforme comenta Brito; Oliveira (1997) a identidade como trabalhadoras continuam a ser de mulheres que, de certa forma, “não deveriam estar aí”, pois seu lugar permanece referido a casa, à maternidade e ao cuidado com os outros.

Uma das maneiras de pôr em funcionamento a dicotomia clássica: aos homens, o trabalho assalariado e quando as mulheres se inserem positivamente nesse espaço, isto continua a ser considerado como excepcional; às mulheres, a família: lugar de enclaustramento e de opressão (KERGOAT, 1987, p. 89).

A natureza dos postos de trabalho é objeto de revelação na entrevista a baixo, onde se pode identificar que a incorporação ao mercado de trabalho foi em postos menos qualificados:

(...) yo comencé desde muy abajo primeramente de intendencia, luego en la lavandería, donde mis jefes abusaban de mí...tenia que lavar la ropa de ellos y me tenia que quedar callada, me daba una buena cansada (ent. 5)

Em um estudo realizado por Rizeke e Leite (1998) apontam que nas justificativas gerenciais para a contratação de mulheres para postos “sem qualificação” são ressaltadas as habilidades e capacidades femininas que seriam adequadas a “trabalhos simples”, em que o trabalho feminino é contratado pelas habilidades e fragilidades corporais femininas: destreza e paciência, atenção e minuciosidade são naturais constituindo parte da “natureza feminina”.

Essa visão trazida pelo autor revela que a falta de qualificação dos trabalhadores traz como consequência um trabalho mais cansativo, do ponto de vista físico e menos remunerado, como se observou na entrevista acima.

Gadbois (1981), para a mulher o trabalho doméstico é prioritário em relação às demandas de sono, particularmente quando se tem filhos. Nesse sentido, as exigências do trabalho doméstico reduzem a disponibilidade de tempo para o sono (ROTENBERG, 2001) e acrescentamos ainda o citado por Nachreiner (1998), que menciona que para as mulheres trabalhadoras a presença do conjugue está relacionada à maior carga de trabalho.

Portanto pode-se estimar que a mulher ao ter que dividir seu tempo entre o trabalho fora e dentro de casa tem como resultado a fadiga, pois as causas são

múltiplas e em geral ocorrem pela associação entre o trabalho, o descontrole entre os ritmos biológicos e os horários de trabalho.

Com relação à fadiga, o seguinte depoimento revela que as inúmeras atividades do trabalho reservavam poucos espaços para o lazer e com redução do tempo para o sono, constituindo-se, portanto, o trabalho como esgotados, ou seja, um trabalho que leva a uma fadiga intensa

(...) mi vida era muy activa, dormía muy poco, durante el día tenía muchas actividades, cuando trabajaba en la ciudad de México mi trabajo era muy agotador, cuando me pase a la ciudad de Celaya la carga de trabajo disminuyo, así que descansaba más aunque el trabajo de la casa nunca termina (ent. 8).

Segundo Sallinen (1997), a fadiga é mais freqüente durante a noite e em horários de trabalho que iniciam muito cedo, dessa maneira se reduz o tempo de repouso. Como cita o autor, a fadiga é usual entre os trabalhadores, quando realizam atividades sem ter períodos de descanso como se observa na fala anterior.

As longas e difíceis jornadas de trabalho podem por em risco a saúde dos trabalhadores, assim como a complexidade de seus processos de trabalho e as exigências às quais se submetem, traduzindo-se em sofrimento físico ou mental (NORIEGA et.al., 2000), os quais se podem ver relacionados com as condições de trabalho, como os problemas de tipo ergonômico (VILLEGAS, 1997).

(...) siempre e tenido problema en la columna, entonces con estos trabajos pesados me dolía mucho..., los problemas en la casa...me hacían pasar tantos corajes (ent. 5)

(...) el tener un patrón que solamente te este vigilando que no te robes nada.....el estrés afecta mucho..... (ent. 2)

Problemas físicos citados nas falas é bastante comum entre os trabalhadores, Noriega-Elio (2005) discute que a lombalgia se apresenta de maneira mais freqüente nas mulheres trabalhadoras do que em homens, e a associação está relacionada com atividades da vida cotidiana, em particular com trabalho doméstico.

De acordo com Shigemi, et. al.(1997), os conflitos no trabalho, a responsabilidade excessiva, exigências de não cometer erros e má relação com seus superiores, podem desencadear estresse, embora Noriega (2004), cite que os transtornos psíquicos e psicossomáticos podem se originar tanto pelas condições de trabalho e fatores de estresse laboral, como pelas características da vida cotidiana no âmbito doméstico, e é desta forma que este autor descreve, como se pode

chegar a produzir alterações na saúde das pessoas quando se é submetido a fatores dentro do trabalho exaustivo ou gerados pelas más relações laborais, como se apresentaram nestas pessoas entrevistadas.

Quando os trabalhadores não estão confortáveis no trabalho geralmente este ambiente fica monótono e eles se tornam entediados chegando a algumas ocasiões a se expressarem com depressão, relacionando com fadiga.

A verdade é que nem sempre o trabalho é gerador de mal-estar e de insatisfação, pois em várias ocasiões pode se ver isto como prazeroso para algumas pessoas, quando elas tem a possibilidade de fixar o ritmo de trabalho, aprendizagem de novos conhecimentos, desenvolvimento de habilidades, criatividade, tomada de decisões, satisfação laboral e apoio social (PULIDO; NORIEGA, 2003), motivo pelo qual Frankenhaeuser (1989, p. 748), refere que

[...] o controle pessoal e umas margens na tomada de decisões se consideram fatores de amortecimento que permitem às pessoas trabalhar muito e desfrutar do trabalho. Nesse sentido, ao exercer controle no trabalho, aumenta a satisfação do trabalho e a possibilidade de assumir um papel ativo e participativo, lhe permite utilizar melhor maneira as capacidades do trabalho.

5.2.2 Trabalho como possibilidade de convivência social.

Consideramos que o trabalho é uma atividade inerente ao ser humano, mas com contradições, pois se por um lado se tem uma visão negativa, uma visão de sobrevivência, dor e sofrimento por outro lado há uma visão positiva, de emancipação, de criatividade e de alteridade, uma vez que é através do trabalho que conhecemos aos outros e a nós mesmos.

Portanto, pode ser na atividade laboral onde se encontra harmonia, boas condições de convivência com os companheiros favorecem as relações laborais e a satisfação do trabalho, uma vez que o homem é social por natureza e que não pode viver só.

Um fato importante relatado é de que a maior parte da vida se desenvolve e é desenvolvida pelo trabalho, é possível perceber que o trabalho também pode gerar uma boa convivência social, tendo nos companheiros de trabalho apoio e boas relações sociais. Existe a identificação que nem todos os postos ou locais de

trabalho são prazerosos, no entanto, parece que isso não é empecilho para assumir determinados postos de trabalho, o que pode ser percebido na entrevista abaixo.

(...) mi trabajo me gusta mucho, trabajaba muy a gusto en todos los servicios del hospital, menos el de pediatría...los niños no dicen que les duele. Yo me llevaba bien con todos mis compañeros tanto de enfermería como médicos (ent. 4)

Considera-se que o homem enquanto ser social, não vive, isolado de outros homens. E nesse sentido, as necessidades dos homens não são de um homem só, são necessidades de grupo. Os homens trabalham para satisfazer essas necessidades que são necessidades sociais. Essa é a característica intrínseca do trabalho humano, ou seja, a sociedade.

Um importante pensador da área da saúde discute que somente por meio das relações é que os homens entram em processos de trabalho e que essas relações não têm apenas caráter subjetivo, mas se tornam reais a partir das relações com os objetos, instrumentos de trabalho. O resultado ou o fruto dessas relações são ao mesmo tempo produtos, reprodução de forças naturais dominadas, reprodução de relações sociais referidas aos objetos e instrumentos e dentro e através deste todo, reprodução dos próprios indivíduos e trabalhadores (MENDES-GONÇALVES, 1988)

(...) en mi trabajo todos nos llevamos bien, nadie se queja del trabajo nos ayudamos entre nosotros mismos, siempre tuve mucha comprensión por parte de mi esposo y de mis hijos, yo me iba a trabajar, yo me iba a trabajar y cuando llega mis hijos aun pequeños me ayudaban al aseo de la casa igual que mi esposo, yo tenía mucha convivencia con mis alumnos y mis compañeros de trabajo (ent. 6)

De acordo com os resultados desta investigação, onde se abordou aspectos importantes do trabalho na vida das pessoas e sua representatividade, destacamos as mudanças que vêm sofrendo o trabalho ao longo da história, pois ao falar a palavra trabalho devemos ter presente que este se refere à aplicação de forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim ou finalidade.

É possível nas falas acima que o trabalho é gerador de satisfação e de solidariedade entre os próprios trabalhadores de saúde e também nas famílias dos trabalhadores. É manifestado o fato de que tanto na ambiente de trabalho quanto no espaço intra familiar existem laços afetivos solidários que possibilitam compartilhar as atividades laborais dentro e fora de casa.

Constatamos que o trabalho tem dois significados para o homem, já que para alguns é um castigo, uma necessidade um dever e para outros um prazer, uma

recreação, uma satisfação, no entanto, esta satisfação somente é possível de se perceber na medida em que existe divisão do trabalho doméstico, superando, portanto, as desigualdades entre os sexos (HIRATA, 2005).

Na fala seguinte podemos compreender que estar inserida em uma atividade laboral apresenta uma dualidade, pois ao mesmo tempo em que se apresenta como prazer e satisfação, por outro lado, pode representar um sentimento de angústia por ficar muito tempo afastado da família. Aqui também já é possível perceber o quanto representava para o sujeito estar inserido numa atividade laboral, sinônimo de alegria e felicidade.

(...) cuando trabajaba me sentía feliz llevaba una vida muy agitada, en ocasiones me angustiaba el tener que llegar tarde a mi casa y no estar al pendiente de mis hijos, el poder brindar a mis alumnos mis conocimientos me daba mucha satisfacción, convivía mucho con mis compañeras, crecí una amistad que aun perdura, compartíamos muchas situaciones: de tristeza, angustia y en varias ocasiones hasta lagrimas....se llegó a formar una familia con ellas (ent. 7).

Há que se considerar que o tipo de trabalho parece ser mais representativo, ou seja, um posto com maior qualificação profissional e, portanto, com uma representação e um papel social reconhecido pelos subalternos, os alunos.

Difere-se, portanto, do trabalho menos intelectualizado, acima referido. Neste sentido, podemos dizer que o trabalho que envolve relações, conforme Mendes-Gonçalves comentou anteriormente é um trabalho que cria e se recria a todo o momento, ou seja, é um trabalho vivo, aquele que se dá no ato, no momento da sua execução, transformação e criação, conferindo ao homem um certo autogoverno, uma certa autonomia e, portanto, um poder insubstituível, um poder de transformação, um processo que se realiza imediatamente com a produção (MERHY, 1987)

O trabalho doméstico segue tendo um aspecto primordial e gratuito para a mulher, como se reporta nas entrevistas realizadas; a grande maioria delas ao sair de seu trabalho, continua com o trabalho em casa, o qual é muito cansativo, com muitas atividades, incrementando o cansaço e a fadiga.

Levando em consideração o total de pessoas entrevistadas (dez), oito eram mulheres, se pode identificar que o trabalho doméstico se apresenta com algo “natural” ou uma sobrecarga para a mulher, pois elas referem que depois do trabalho, continuavam com o trabalho em casa e o cuidado com os filhos, como

refere Garduño (1993) que discute a participação da mulher tanto nas condições laborais como na responsabilidade que assume na família.

Recordando que o trabalho não só é visto de maneira negativa, senão que tem uma parte positiva, dado que o homem é um ser social por natureza e que necessita dos outros para sua sobrevivência, é importante identificar que ele sinta prazer durante o desenvolvimento de seu trabalho, sobretudo quando o ambiente que envolve o trabalho é de bem-estar e convivência com os demais, permitindo que o trabalhador tenha uma melhor qualidade de vida.

Assim como reportam as entrevistas, para algumas pessoas o trabalho gerava satisfação e prazer pela convivência entre seus companheiros de trabalho, se sentiam leves e consideravam o trabalho parte da sua vida, tal como observamos na seguinte expressão - “é como minha família”.

Lembramos que a grande maioria das entrevistas reportam que as mulheres trabalhadoras consideram como prioritário seu trabalho uma vez que este representa a manutenção e bem-estar da família assim como, o cuidado dos filhos e da casa, e deixam em última instância o cuidado de sua saúde.

Pode-se deduzir, pelas falas dos depoentes que não existiu, antes da aposentadoria uma preocupação para com o cuidado à saúde individual, portanto, tanto para aquelas pessoas que tinham o trabalho como uma tarefa árdua quanto para os que tinha o trabalho como uma atividade laboral que gerava prazer, não se evidenciou um cuidado específico para com o autocuidado.

5.3 INSEGURANÇA EM RELAÇÃO AO DIABETES TIPO 2

5.3.1 Fatores emocionais relacionados ao diabetes

O diabetes tipo 2 é uma síndrome caracterizada pela hipoglicemia causada por defeitos na produção de insulina, a ação da insulina ou ambas. A hipoglicemia crônica do diabetes mellitus está associada às complicações a longo prazo, tais como: disfunção e insuficiência em vários órgãos, especialmente nos olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (ENGELGAU; NAYARA; HERMAN., 2000).

Vários autores apontam que o diabetes resulta da interação de fatores genéticos e ambientais, dentre os quais o estilo de vida possui papel fundamental (KULMALA, 2003; SALMINEN et al., 2004). Dessa forma, as modificações

estruturais de genes específicos herdados dos pais e a interação do indivíduo com o meio em que vive têm um papel importante no desenvolvimento ou não da enfermidade.

As falas dos sujeitos em relação à herança genética são exemplificadas a seguir:

(...) mi familia tiene diabetes y a ellos a muy temprana edad se los diagnosticaron y a mi no entonces sabia que se presentaría (ent. 1)

(...) yo tengo herencia de diabética por parte de mis padres y de mis abuelos (ent. 2)

(...) mi papá tenía diabetes y él murió de esa enfermedad (ent. 3)

Percebe-se que os sujeitos reconhecem que o diabetes tipo 2 tem um componente genético. Por outro lado, sabe-se que somente a informação de que um dia ele possa vir a ser diabético, necessariamente não se traduz em mudança de comportamento e/ou estilo de vida. Teixeira (1996) refere que a mudança do comportamento da pessoa diabética em relação ao seu estilo de vida é influenciada, além do conhecimento que ela possui acerca de sua doença, mas também, por fatores como: o significado da doença, os riscos e os métodos de controle.

As falas abaixo dos participantes mostram que o diabetes acarreta mudanças significativas na relação que a pessoa com esta patologia estabelece com seu próprio corpo e com o mundo que o cerca.

(...) cuando me diagnosticaron diabetes mi primera reacción fue decir ¡no es cierto, si yo me siento bien! no me duele nada ni siento nada, solo ese pequeño desvanecimiento no hice nada pasaron varios años (ent. 9)

(...) nunca he tenido tiempo para cuidarme, me olvido de mi misma (ent.1)

(...) me sentía presionada por mis compañeros y por los problemas de la casa, me hacían pasar tantos corajes que fue lo que me desencadeno la diabetes, no sentía nada solo estaba cansada (ent. 5).

O diagnóstico da doença acarreta, muitas vezes, um choque emocional para a pessoa, que na maioria das vezes, não está preparada para conviver com as limitações decorrentes da condição crônica. Sendo assim, a vivência do diabetes rompe a harmonia orgânica e, muitas vezes, transcende a pessoa do doente, interferindo na vida familiar e comunitária, afetando seu universo de relações (PERES, 2007).

O conviver com o diabetes é um processo lento e de difícil aceitação. As pessoas, ao incorporar a doença no processo de vida, não a percebe como uma entidade separada, mas como algo que afeta a sua forma de vida, podendo criar uma perspectiva negativa, mas que também pode suscitar um desejo de lutar para a construção de uma vida saudável. É importante considerar que a saúde e a doença estão interligadas, pois saúde e doença são construções sociais (SILVA, 2000).

A experiência do adoecimento é extremamente peculiar no diabetes, devido a seu processo insidioso. O modo como a pessoa diabética expressa seus sentimentos direciona seu comportamento relacionado à saúde, tanto a busca de hábitos saudáveis quanto não saudáveis, determinando possibilidades e dificuldades/limitações para o controle do diabetes (PERES, 2007). As falas abaixo denotam os sentimentos expressos pelos sujeitos em relação à doença quando recebem o diagnóstico

(...) cuando me dijeron que tenia Diabetes me dio una depresión muy fuerte, me dio tristeza y miedo (ent. 1)

(...) cuando me dijeron que tenia el azúcar alto me dolió mucho, y me dio miedo mi papá murió por esa enfermedad...me dio mucha depresión (ent. 3)

(...) cuando me diagnosticaron me sentí muy triste porque me da miedo que algún día me ponga mal y como vivo sola nadie me auxilie (ent. 4)

(...) cuando me diagnosticaron me sentí un poco triste porque pensé ahora que va pasar conmigo y mis hijos y si me muero (ent. 6)

(...) cuando me dijeron que tenia azúcar me dio mucha tristeza, por qué Yo, es por estar gorda (ent. 10)

O maior impacto de viver com diabetes relaciona-se à necessidade de realizar mudanças no seu cotidiano. Assim, as pessoas diabéticas passam por várias modalidades terapêuticas até perceber aquela ou aquelas que são mais convenientes, tanto do ponto de vista do bem-estar físico, quanto do cuidado e tratamento da doença no seu dia-a-dia. Sentimentos como o medo e a tristeza, muitas vezes, colocam as pessoas em situações com as quais elas se sentem encorajadas para lutar (FRANCIONI.; SILVA., 2007).

A compreensão dos sentimentos e comportamentos da pessoa diabética pode contribuir para redimensionar um modelo de atenção à saúde. Modelo este que permita/possibilite que esta clientela, incorpore os pressupostos do cuidado integral e que acrescentem as dimensões do bem-estar biológico, psicológico, social e espiritual no seu dia-a-dia.

Os serviços de saúde deveriam direcionar o enfoque do tratamento para programas de prevenção e as necessidades das pessoas que apresentam condições crônicas como o diabetes. Assim, a promoção de saúde, a prevenção de doenças e a assistência à saúde são elementos fundamentais para o alcance de serviços efetivos para o controle ou adequado manejo das condições crônicas.

Ao considerar que os sujeitos do presente estudo encontram-se no início da aposentadoria, isto nos remete à percepção de que se eles não introjetaram o cuidado a sua saúde para a prevenção do diabetes durante a fase produtiva da sua vida, dificilmente eles irão buscar alternativas para o cuidado de sua saúde com o advento da aposentadoria.

Nesse sentido, podemos inferir que a aposentadoria pode ser um elemento a mais na dificuldade para o controle do diabetes uma vez que os dados relacionados às variáveis clínicas revelaram que 66,1% dos aposentados, que caracterizaram a amostra desta pesquisa, compareceram pelo menos uma vez ao mês na consulta médica do ISSSTE, fato que pode revelar dificuldades que estas pessoas tem para o controle da glicemia.

Esta situação também sugere que o seguimento desta patologia, pelo Sistema de Seguridade Social, pode não estar sendo adequado às necessidades requeridas por esta doença crônica, portanto, ainda distante dos princípios da APS, que norteiam a organização dos Sistemas Integrados de Saúde.

5.3.2 Prioridades na atenção à família

A família é a parte fundamental na construção da saúde de seus membros, pois tem como função básica o apoio, a segurança e a proteção. O sistema familiar está inserido em um contexto sociocultural que inclui os sistemas profissionais, apoiando-o e orientando-o quando a família se encontra fragilizada (RODRIGUES, 2007).

Na prática, freqüentemente, observa-se que não só a pessoa diabética sente as conseqüências de estar doente; sua família também pode, de certo modo, adoecer junto com ele. Como em toda doença crônica, as transformações geradas pelo diagnóstico de diabetes também são inevitáveis aos membros da família, pois esta é um sistema de apoio relevante.

A fala abaixo mostra o papel da mulher com diabetes no contexto familiar

(...) nunca le dije a mi esposo que tenía diabetes porque iba a preocuparse por mi causa, ¡él está enfermo del corazón!, me tomaba los medicamentos a escondidas para que nadie supiera nada, pero cada día me sentía muy cansada, en las tardes me dormía y no tenía ganas de realizar el aseo de la casa y menos la comida (ent. 10)

Constata-se que a organização familiar influi fortemente no comportamento da saúde de seus membros. Acredita-se que também influencia no modo como a unidade familiar funciona. Nesse sentido, considera-se que a família é uma instituição central que pode ajudar ou não as pessoas a manejar a doença e a alcançar as metas de seu tratamento (WRIGHT, 2002).

Na entrevista abaixo se percebe o papel da família no cuidado a saúde de seus membros

(...) mi hija se enfermo de leucemia, la cuidaba la llevaba a la ciudad de México para su tratamiento.....en una ocasión me sentí mal acudí al medico y me dice que tengo el azúcar alta....en ese momento yo no podía atenderme, porque primero esta mi hija antes que yo, le comente al medico déme el medicamento y después de mi hija veremos que pasa y justo en ese momento mi esposo decide que nos separemos, porque no nos entendemos y se fue....mi vida familiar se vino abajo, tome el valor para estar al pendiente de mi hija (ent. 8)

O papel tradicional da mulher é atribuído ao trabalho doméstico e à família. Para elas, a realização do trabalho doméstico é prioritária em relação às demandas de sono, especialmente quando se tem filhos, tal como refere Gadbois (1981). O caráter social subjacente às diferenças entre homens e mulheres fica particularmente evidente quando se analisa os aspectos da vida familiar, como a presença das crianças em casa (Rutenfranz, et. al.,1989).

Nachreiner (1998) descreve que as mulheres de classes trabalhadoras que possuem um parceiro têm maior carga de trabalho em casa, ao contrário daquelas que vivem sozinhas. Os cuidados com a limpeza e cuidado da casa, a preparação dos alimentos e a atenção aos filhos são atribuições femininas. Portanto, a carga de trabalho das mulheres pode ser entendida não apenas como a naturalização das atribuições dos trabalhos domésticos femininos, mas também, como um fenômeno articulado a uma prerrogativa masculina, que facilita a ausência do homem nessas atividades (HIRATA, 1995).

Desta forma, percebe-se que os homens que trabalham em casa não se envolvem com as atividades domésticas, porém, a permanência deles no lar favorece a aproximação com os filhos e a habitação. A sua participação nos

trabalhos domésticos se caracteriza por uma relação mais distante em comparação com a mulher que também desenvolvem atividades profissionais autônomas em casa (BRUSCHINI; RIDENTI. 1995).

O comportamento apresentado por alguns sujeitos do estudo denota que o cuidado com os filhos é congruente com o papel esperado da sociedade e da sua condição feminina, por outro lado, percebe-se uma atitude de distanciamento em relação ao cuidado com sua própria saúde, e conseqüentemente com controle do diabetes. Cabe à equipe multidisciplinar de saúde avaliar os conflitos e as cooperações que se estabelecem entre os papéis desempenhados pelos membros que compõe o sistema familiar, uma vez que, compreendendo os mecanismos utilizados pelos integrantes da família, poderá ajudar as pessoas diabéticas a lidar mais adequadamente com o cuidado a sua saúde.

Assim, antes de iniciar orientações específicas sobre diabetes para familiares de portadores de diabetes, recomendam-se identificar aspectos individuais de respostas da pessoa e de seu principal cuidador em relação a seus sentimentos, angústias, ansiedades, conflitos e necessidades, estabelecendo um vínculo afetivo para, posteriormente, em conjunto, traçar estratégias a curto, médio e longo prazo, direcionadas ao alcançar o controle metabólico (SANTOS et.al., 2005).

Foi possível identificar, frente às falas, que os entrevistados ainda mantêm uma cultura do cuidado para com a família, fato já discutido anteriormente, e dessa forma, revelam uma menor preocupação em envolver a família no cuidado com a sua situação de saúde.

A doença crônica, no caso o diabetes, segundo um dos princípios da APS, necessita que a família seja um dos suportes sociais para o controle da mesma. Considerar a família como sujeito da atenção exige uma interação dos profissionais de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde (MENDES, 2002). Este enfoque deve permear a organização do Sistema de Saúde, já que essa centralidade da atenção deve vir ancorada pelo papel resolutivo, organizador e o de responsabilização da atenção à saúde das pessoas.

VIDA DEPOIS DA APOSENTADORIA

5.4. ALTERNATIVA POSTERIOR À APOSENTADORIA

5.4.1 Desenvolvendo habilidades pessoais

A Organização Mundial da Saúde tem definido as habilidades como habilidades que permitem à pessoa enfrentar de forma efetiva as exigências e desafios da vida diária, através de comportamentos adaptáveis e positivos (UNESCO).

As habilidades para a vida conformam um conjunto de habilidades cognitivas, pessoais e interpessoais que ajudam a tomar decisões informadas, resolver problemas, pensar de forma crítica e criativa, se comunicar de forma efetiva, construir relações sadias, desenvolver atitudes solidárias com outras pessoas, e enfrentar e manejar a vida de forma saudável e produtiva (UNESCO).

Nesse sentido, ressalta-se que as habilidades pessoais são importantes para a saúde principalmente na vida das pessoas aposentadas que dispõem de maior tempo e, portanto precisam estar em atividade e reservar ainda momentos para desenvolver habilidades que irão ter um reflexo no bem-estar físico e emocional como se pode observar na entrevista a seguir:

(...) no me siento triste por haberme jubilado ya que tengo mucho trabajo me gusta escribir poesía aunque hay ocasiones en las que no puedo escribir porque ya no veo bien pero ya me operaron y estoy mejor. (ent. 1).

Em um estudo desenvolvido com um grupo de pessoas aposentadas, participantes de um programa de integração comunitária, identificou-se que o fortalecimento das habilidades pessoais, foi uma das atividades que apresentou forte impacto junto aquela população usuária. Os integrantes do grupo ao se reconhecerem enquanto possuidores de potencialidades buscavam alternativas para a ocupação do tempo livre. Nesse sentido, conclui o autor que a criatividade só precisa de espaço e oportunidades, as pessoas têm potencialidades pessoais, apenas falta um espaço para desenvolverem outras formas produtivas de viver (PALHA, 2001).

Desta forma o desenvolvimento de habilidades pessoais significa uma parte fundamental na vida das pessoas, pois permitem à melhoria as condições de saúde e oferece maior estabilidade emocional uma vez que elas podem realizar atividades,

que anteriormente não eram possíveis por falta de tempo. O desenvolvimento de habilidades também permitirá diminuir a preocupação pela condição de saúde atual, deslocando do eixo da doença para a saúde, fato bastante comum entre grupos de idosos.

Ressalta-se que apenas uma entre as dez pessoas entrevistadas se encontra desenvolvendo estas habilidades pessoais, permitindo tomar sua enfermidade e sua vida com mais tranquilidade favorecendo sua saúde. Considera-se que este é um ponto fundamental e que precisa fazer parte do plano terapêutico implementado para as pessoas com diabetes tipo 2, especialmente quando elas são aposentadas e tem um tempo para convivência e lazer.

Ao levar em conta essas habilidades pessoais como uma parte fundamental da Promoção da Saúde, pode-se contribuir para melhorar a condição de vida das pessoas.

Nesse sentido, pode-se concluir que em relação a este aspecto, os serviços de saúde ainda carecem de pensar uma assistência à saúde de forma mais integral e voltada ao entorno dos sujeitos, e devem buscar alternativas para a utilização do tempo livre junto às pessoas que estão sob o seu cuidado. Essa perspectiva pode favorecer as possibilidades descobrir junto com os aposentados, habilidades pessoais que permitam, além de ocupar o tempo livre, resgatar valores pessoais que auxiliam na auto-estima.

5.4.2 Trabalho e participação em grupos comunitários

Segundo Mendes (2002, p. 83) a participação social cria mecanismos que estimulam a co-responsabilidade; se antepondo às praticas clientelistas, paternalistas; fortalecem o ambiente democrático e incrementa a gradiente da cidadania. Assim, entende-se que a busca da qualidade de vida, proposta pela Promoção da Saúde, pressupõe que a população deverá participar na definição da política no controle social e nas ações e serviços de saúde (BRASIL, 2001).

O princípio da participação social vista do ponto de vista do envolvimento em atividades comunitárias, esta relacionada com a compreensão do seu entorno social, primordial para que a população se torne capaz de exercer controle sobre os determinantes da saúde, e que sejam potencialmente capazes de interferir para melhoria das suas condições de vida e de saúde.

Pelo depoimento abaixo podemos identificar que a solidariedade e a identificação de pessoas-chaves nos espaços comunitários são elementos importantes para levar e descobrir novas possibilidades e potenciais junto às pessoas no espaço comunitário e na articulação de outros setores e ou equipamentos sociais presentes no espaço social.

(...) cuando yo me jubile comencé a buscar en que utilizar mi tiempo entonces una amiga me invito a formar parte del grupo de la tercera edad para la impartición de algún tema y así comencé asistir a este grupo ayudando a estas personas con lo que podía, el mantenerme ocupada y no estar solo pensando en la enfermedad me ayuda a sentirme bien y sin molestias, en estos momentos tengo reuniones con el patronato todos los martes de cada mes para organizar los eventos con las personas del club de senectud, organizamos paseos con la ayuda del gobierno y las personas la iglesia (ent. 6)

A participação social traz novos sentidos à vida das pessoas, pois segundo a fala acima, houve um investimento para a saúde. O sentimento de ajuda e auto-ajuda tem uma relação muito direta com a vida dividida entre um determinado espaço social, o qual também é sinônimo de possibilidades de ocupar o tempo livre (PALHA, 2001).

A participação em grupos comunitários potencializa as capacidades dos sujeitos, mudanças de comportamentos e atitudes direcionados para a Promoção da Saúde no enfrentamento das condições geradoras de sofrimentos evitáveis e desnecessários (SANTOS, et. al., 2006).

Nesse sentido, de acordo com Palha (2001) existem inúmeros trabalhos que apontam esta tendência da participação na comunidade como um caminho que se tomou para a convivência social. Essa convivência social pode ser considerada como produtora de saúde, já que o princípio da autonomia, compreendido como capacidades de fazer escolhas de forma livre e esclarecida dos seus próprios caminhos, permeia esse processo (SANTOS, et. al., 2006).

Outro componente importante é a solidariedade que se revela nesses grupos comunitários, uma vez que a ajuda comunitária é um fator que traz o sujeito para a vida, revelando potenciais que pareciam estar adormecidos nos sujeitos. Isto também é identificado na fala do sujeito entrevistado, pois relaciona aspectos positivos pessoais para si ao estar prestando solidariedade a outras pessoas da comunidade. A participação comunitária, nesse sentido, demonstra uma solidariedade e um reconhecimento de potencialidades individuais e coletivas (PALHA, 2001).

Assim, é importante que as pessoas que se encontram aposentadas se incorporem às atividades e práticas sociais para percebam a importância estar entre amigos e colegas que podem ajudar em diversas situações da vida, como se pode observar na seguinte entrevista:

(...) cuando me jubile y permanecía en casa mis vecinos comenzaron a buscarme para pedirme ayuda en la atención de sus familiares. (ent. 7)

Existe um reconhecimento de que o tempo de convívio social fortalece alguns laços mais afetivos, o que aumenta a participação de todos. Esse convívio está ligado à identificação e ao reconhecimento de outros como uma pessoa que sabe escutar, falar a mesma língua e entender as dificuldades cotidianas de cada um, mas também no respeito às individualidades (PALHA, 2001).

Nesse sentido, é importante o desenvolvimento de atividades após a aposentadoria como uma forma alternativa de ocupação, conforme refere Antunes (2004), o qual pode ocorrer mediante

[...] trabalho voluntário na comunidade, abrangendo uma ampla gama de atividades, nas quais predominam aquelas de caráter assistencial, sem fim meramente mercantil ou lucrativo e que se desenvolvem a margem do mercado (ANTUNES 2004, p. 335).

Esta forma de atividade social, motivada predominantemente por valores não mercantis, tem certa expansão em associações comunitárias. Segundo Palha (2001) é importante considerar que estar ligado a um grupo comunitário é muito benéfica, pois pode revelar novos sentidos à vida.

O processo de organização do trabalho de grupo tem como êxito fundamental ampliar as potencialidades nas atividades sociais e podem contribuir com a qualidade de vida uma vez que são espaços de socialização que oferecem as oportunidades e o compromisso pessoal e coletivo no grupo (PALHA, 2001).

Conforme mencionado anteriormente pode-se descrever que as atividades dentro dos grupos comunitários são favoráveis para as pessoas que participam deles, como se segue

(...) después de que me jubile, una amiga me invito a formar parte de un grupo de la tercera edad, para la impartición de temas.....es así que comencé a asistir con estas personas, me mantiene ocupada. (ent. 6)

A participação na comunidade é um fato que incrementa o sentimento de bem-estar físico e emocional. Novamente aqui, percebemos que existem apenas duas entre os dez depoentes que estão participando de atividades comunitárias.

Pessoas aposentadas e com alguma condição crônica associada, como o diabetes deveriam ser incentivadas para o convívio social, pois seguramente este contribui para melhorar a auto estima e por contra partida, o controle de agravos e no contingenciamento do risco evolutivo da doença, dado a troca de experiências que ocorre no espaço social.

Quando a pessoa se encontra aposentada é importante que busque alternativas de ocupação para seu tempo livre, umas das formas é a atividade laboral. Atualmente existe uma tendência da incorporação do trabalho no domicílio se mesclando com o trabalho doméstico (ANTUNES, 2004).

O rompimento de uma atividade laboral pelo advento da aposentadoria pode ocasionar transtornos de várias naturezas: físicas, emocionais e sociais, razão pelas quais algumas pessoas buscam novas oportunidades de emprego com o intuito de se manterem ocupadas.

Isto pode observar nas seguintes entrevistas, onde as pessoas, depois de aposentadas, buscaram alternativas para utilizar seu tempo livre ou para ter melhores condições econômicas

(...) después de que me jubile busque un trabajo en la presidencia (ent.1)

(...) después de jubilarme puse un despacho agrónomo, realizo trabajos salgo al campo.....me entretengo con labores de la casa cuando no hay trabajo de lo mío, cuando si tengo es un poco de más presión pero esta tranquilo (ent. 2)

(...) mis amigas me buscan mucho para que les ayude a realizar alguna comida, a mi me gusta mucho esa actividad (ent. 4).

Cabe destacar que quando as pessoas têm projetos de vida e de trabalho, para manter-se ocupadas, seja por meio de um emprego e ou a partir de sua inserção em grupos comunitários, pode trazer satisfação, melhorando sua situação de saúde, assim como o relacionamento familiar e social, com melhores resultados no controle metabólico do diabetes tipo 2.

5.5 PLANO TERAPÊUTICO PARA O CONTROLE DO DIABETES TIPO 2

5.5.1 Medicina tradicional e não convencional para o controle do diabetes tipo 2

O tratamento da pessoa diabética está conformado por três fatores fundamentais: o cumprimento do plano alimentar, a realização de atividades físicas e a terapêutica medicamentosa, de acordo com as necessidades particulares de cada indivíduo.

Para Arganis (1998), Albarran (2002), Salinas-Martinez (2001) no tratamento para diabetes devem ser considerados o custo dos medicamentos, o apoio familiar e o suporte de equipe multidisciplinar de saúde para o alcance do controle metabólico.

[...] a medicina oficial utiliza tratamentos hipoglicemiantes assim como, dieta e atividade física, porém, o custo do medicamento, a dificuldade no manejo da dieta, devido a uma assessoria nutricional deficiente junto a uma carência de apoio familiar, leva a que freqüentemente o paciente abandone o tratamento, provocando um desequilíbrio que pode chegar a se converter em complicação.

Além do tratamento tradicional os dados mostram que os sujeitos também buscam tratamentos não convencionais para o controle de diabetes conforme se segue

(...) acudo mensualmente al medico homeópata para que me de mis medicamentos....el me da una gotas para que me las tome cuando me siento triste...es depresión (ent. 8).

(...) yo me tomo mis medicamentos, pero también algunos remedios caseros como licuados (ent. 1)

(...) me tomo mis medicamentos y mis remedios caseros.....no me han ayudado (ent. 3)

(...) me tomo mis medicamentos....pero en ocasiones me enfado y los dejo de tomar (ent. 5).

As falas nos remetem a refletir que cada indivíduo traz em si um conjunto de informações acerca do seu tratamento, em particular, da sua medicação que é de vital importância para o tratamento. Os fundamentos culturais das pessoas formam o contexto no qual se desenvolvem crenças e comportamentos que podem comprometer o sucesso da terapêutica. Estas crenças designam alguma disposição involuntária para aceitar uma doutrina, juízo ou fato, por estabelecer ou incorporar o

que ouvem, sem a devida comprovação científica deste conhecimento (SANTOS, et. al. 2005)

A atitude de desconfiança em relação a certos aspectos do tratamento, sobretudo a medicação prescrita, acarreta na busca por tratamentos não convencionais, que, na visão dos indivíduos produziram mais e melhores resultados do que o benefícios oferecidos pelo tratamento tradicional. Esse comportamento está intimamente relacionado a um conjunto de valores e pressupostos adotados, que configuram o conhecimento advindo do seu cotidiano (SANTOS, et al., 2005).

Nessa direção, a equipe multidisciplinar em saúde pode identificar quais as crenças constrangedoras que o indivíduo utiliza e que poderiam resultar na diminuição da sua capacidade de buscar soluções para os problemas enfrentados para o controle de diabetes. Assim, cabe aos profissionais buscarem estratégias de enfrentamento reforçando crenças e atitudes facilitadoras, isto é, aquelas que podem contribuir para fortalecer a confiança na relação com equipe de saúde, resultando em uma atitude menos ambivalente frente ao tratamento. O profissional pode, nesses casos, reforçar as crenças facilitadoras, como uso de chás e ervas medicinais, e explorar os valores que fundamentam as crenças constrangedoras, tais como: a ineficácia do tratamento tradicional para obtenção de um bom controle metabólico (WRIGHT; LEAHEY, 2002; SANTOS, et al., 2005).

As falas dos sujeitos evidenciaram as dificuldades para seguir a terapêutica medicamentosa instituída, buscando soluções na medicina não convencional como o tratamento para o controle do diabetes.

O depoimento de um entrevistado refere *enfado y deajo de tomar*, quando este deixa de tomar a medicação prescrita pode refletir o cansaço de viver com uma doença crônica. Segundo Pinkus (1988) o fato de tomar o remédio faz lembrar a sua condição crônica de saúde, podendo gerar ansiedade, medo e tristeza, o que os leva a evitar essa situação.

A busca por tratamento não convencional pode estar relacionada à problemas econômicos, bem como, a busca de um manejo mais acessível para lidar com a doença, face a complexidade do tratamento que a doença requer (SAUCEDO, 2006). Campos (2001), refere que os pessoas diabetes tipo 2 além do tratamento tradicional, utilizam-se de outras práticas, tais como, rituais curativos.

Dentre as opções de tratamento não convencional temos a *herbolaria*. Esta refere-se à utilização de plantas frescas ou secas e/ou produtos industrializados que

têm como característica a associação de várias plantas. Estas são empregadas na forma de chás. A importância da utilização do tratamento não convencional está arraigada cultura mexicana, pois o uso de chás e plantas secas têm um componente fortemente sociocultural para esta população (ARGANIS, 1998). No entanto, é preciso considerar a singularidade dos sujeitos em relação ao tratamento, pois quando a pessoa obtém um resultado positivo na melhora de controle metabólico, elas podem abandonar o tratamento tradicional (ARGANIS, 2005).

Ao considerar na cultura mexicana a utilização de plantas medicinais, as falas abaixo explicitam o quanto esta prática é utilizada como medida de controle para a manutenção dos níveis adequados de glicose.

(...) controlo mi enfermedad con medicamentos y con licuado de nopal, me da buenos resultados (ent. 6)

(...) acudo al medico una ves al mes, mido mi glucosa frecuentemente, me tomo remedios caseros como el nopal y me auxilia a mantener mi nivel de glucosa hasta hay ocasiones en las que disminuyo la dosis de medicamento (ent. 7)

As plantas medicinais são utilizadas como a principal forma de auto-medicação, e desempenham um papel fundamental pela sua acessibilidade econômica e cultural.

As falas acima denotam que os sujeitos têm utilizado uma planta tradicional do México, denominada *Nopal* para o controle da glicose sangüínea. Esta planta juntamente com a *závila* e a *aveia* são as plantas mais utilizadas na população em geral, e pelas pessoas diabéticas, em particular, na sua alimentação.

[...] o nopal por sua propriedade hipoglicemiante, contém polissacarídeos ramificados que se encontram nos açúcares simples, regula os níveis de glicose no sangue, permitindo que a insulina trabalhe eficientemente, em quantidades baixas, assim como, também fortifica o fígado e pâncreas de tal modo que melhora a capacidade da insulina, estimula o movimento da glicose no sangue e os elementos do corpo onde estas são usadas como energia, é um alimento saudável para o diabético porque auxilia na digestão de carboidratos (GUZMAN, 2004, p. 2).

Dessa forma, o *nopal* tem sido amplamente utilizado pela pessoa diabética, no México, contribuindo para o controle da hiperglicemia, e pelo reconhecimento do seu poder hipoglicemiante.

É importante ressaltar que o uso da *herbolaria* não implica um abandono do tratamento tradicional, pois as falas expõem que as pessoas diabéticas mantém o seguimento do tratamento com o profissional médico e a terapêutica tradicional

instituída. As plantas constituem um recurso complementar ao tratamento, segundo Arganis (2005) a *herbolaria* permite voltar ao equilíbrio, “baixar o açúcar”; em alguns casos, o sabor amargo das plantas combate o doce do açúcar no sangue.

Diante do exposto e em consonância com a Organização Mundial de Saúde constata-se que os sujeitos do estudo buscam outras práticas para o cuidado a sua saúde além das tradicionais (OPAS, 2003). A busca de alternativas, em relação a terapêutica tradicional, é reconhecida como um modelo de “auto-atenção” dentre os grupos sociais (MENÉNDEZ, 1984).

5.5.2 Hábitos Alimentares

A mudança de hábitos de vida é um processo lento e difícil. Particularmente no que se refere à alimentação, os hábitos alimentares estão relacionados pelo menos a três fatores complexos: culturais, que são transmitidos de geração a geração ou por instituições sociais; econômicos, referentes ao custo e à disponibilidade de alimentos; e por fim aos sociais, relacionados à aceitação ou rejeição de determinados padrões alimentares (ZANETTI et al., 2006).

Dessa forma, a prescrição do plano alimentar aos diabéticos deve considerar esses fatores, respeitando individualidade do sujeito, a sua predileção e as suas preferências, assim como, sua participação na elaboração do plano alimentar (FRANZ et al., 2002; ADA, 2004).

O objetivo da terapia nutricional é alcançar e manter o controle metabólico, ou seja, os níveis glicêmicos, lipídicos e de pressão arterial e ainda prevenir as complicações crônicas do diabetes (MARIONS, et, al., 2002, ADA, 2004).

Apesar de amplamente recomendadas as orientações nutricionais para o controle do diabetes, este ainda constitui-se num desafio para os profissionais de saúde, familiares e o próprio paciente conforme aponta a fala abaixo

(...) trate de cuidarme para sentirme bien pero es que la comida es muy rica, comía de todo lo que me gustaba....sigo tomando mi coca- cola no lo puedo negar (ent. 3)

(...) nunca e seguido dieta estricta solo como menos y me mantengo en mi peso me cuesta trabajo hacerlo (ent. 4)

(...) realizo una dieta mi hija me ayuda pero de repente se me antojan la comida que no debo de comer (ent. 6)

(...) mi control de la azúcar lo realizo con dieta aunque en ocasiones no puedo (ent. 8)

A dificuldade de seguir o plano alimentar recomendado está intimamente imbricada aos hábitos adquiridos, ao horário definido, ao valor cultural do alimento, às condições socioeconômicas e aos aspectos psicológicos envolvidos no ato de comer.

O estudo nos mostra que o ato de comer é um dos comportamentos humanos mais complexos, pois não significa apenas a ingestão de nutrientes, mas relaciona-se também a uma amplitude de emoções e sentimentos, além dos significados culturais atribuídos à comida. Dessa forma, muitas vezes, come-se simbolicamente o nervosismo, a ansiedade e o desemprego (GARCIA, 1997; PERES et al., 2007).

Na cultura mexicana a alimentação possui um amplo mosaico de expressões regionais e locais, porém, atualmente sofre a influencia de outras culturas devido ao estigma da comida mexicana e à promoção da comida industrial constituída como símbolo de abundância (RIVAS, 1998).

Nesse sentido, Panduro (2001) refere que

[...] a dieta do mexicano era fundamentalmente a base de feijão, pimenta e derivados do milho que proporcionavam calorias e proteínas em quantidades bastante aceitáveis até a metade do século XX. A ingestão excessiva de dieta não balanceada conduz o indivíduo ao sobrepeso e à obesidade constituindo o passo prévio à resistência à insulina e para o diabetes tipo 2. Na atualidade parte da população consome excessivamente todos os tipos de carne, assim como, uma alta ingestão de lipídios, sal e açúcar (PANDURO, 2001, P. 44)

As transformações do padrão alimentar na sociedade mexicana e as dificuldades apresentadas pelos sujeitos do estudo denotam o árduo processo na busca de estratégias efetivas para enfrentar essa questão. Diante disso, faz-se necessário pensar em estratégias de caráter coletivo que visem a transformação da cultura alimentar e seus desdobramentos. Ao considerar a transição demográfica, epidemiológica e o padrão alimentar as projeções a curto prazo revelam um incremento da obesidade na população com repercussão nos custos diretos e indiretos para a sociedade, instituições de saúde, família e indivíduos. Particularmente o diabetes representa uma carga adicional para a sociedade considerada como custos indiretos. Esses são decorrentes da incapacidade temporária ou permanente do paciente diabético, tais como a perda de produtividade

no trabalho, a aposentadoria e mortalidade precoce (BARCELÓ; RAJPATHAK,; 2001).

5.4.3 Atividade Física

A atividade física é uma prática terapêutica imprescindível no tratamento do diabetes e é reconhecida como algo benéfico para o controle da doença (TOUMILEHTO et al., 2001).

Nessa perspectiva, é necessário pensar nos fatores que interferem para que a prática da atividade física atinja os efeitos esperados como fator contribuinte para a obtenção de um bom controle metabólico. Dentre os fatores principais temos que considerar os hábitos individuais, a organização dos serviços de saúde no atendimento aos usuários e a capacitação da equipe multiprofissional.

Quanto aos hábitos individuais é preciso considerar que a maioria das pessoas diabéticas do tipo 2 tem o seu diagnóstico confirmado após os 40 anos e nessa fase da sua vida os costumes, as crenças, os valores relacionados ao cuidado a sua saúde já estão incorporados no seu cotidiano.

No que se refere à organização dos serviços tendo em vista os princípios da Atenção Primária à Saúde, a intersetorialidade se apresenta como um componente relevante para a produção de saúde. Nesse sentido, os sistemas de saúde caracterizados pela fragmentação não possibilitam a articulação da clínica ampliada necessária ao plano terapêutico para o diabetes tipo 2

Para Peduzzi (1998) o trabalho em equipe multiprofissional requer a compreensão de várias disciplinas para lidar com a complexidade da atenção em saúde. A formação da equipe deve considerar as competências individuais necessárias para o desenvolvimento das atividades e o alcance das metas. Dessa forma, para desenvolver um trabalho em equipe é necessário definir a missão, os valores da instituição, as metas e objetivos da equipe em conjunto com os usuários do sistema de saúde.

No entanto, a realidade observada aponta que a capacitação profissional ainda constitui-se num desafio para o atendimento de pessoas com condições crônicas de saúde. O progresso do tratamento e a geração de novas tecnologias, em diabetes, têm exigido educação permanente da equipe multiprofissional de saúde, porém constata-se que o conhecimento produzido ainda carece de ser

incorporado à prática clínica. Um dos componentes que pode agregar a produção de saúde é o princípio da coordenação da atenção, onde a equipe e/ou um dos seus membros responsabiliza-se pela continuidade e integralidade da atenção ao diabético em todos os níveis de atenção no sistema de saúde. Uma vez que essa condição crônica necessita da longitudinalidade, ou seja, do acompanhamento ao longo do tempo para o controle metabólico.

As falas que se seguem explicitam os fatores acima mencionados que facilitam ou dificultam a adesão da pessoa diabética à prática da atividade física

(...) después de que me jubile ya tenia tiempo para cuidarme, hacer ejercicio, pero la falta de costumbre y la flojera (ent. 3).

(...) yo trato de realizar ejercicio durante 15 a 20 minutos para poder mantener la glucosa bajo, lo necesito (ent. 2)

(...) ahora puedo salir a caminar con mi hijo al parque todos los días (ent. 7)

(...) no puedo caminar necesito que me acompañen, me da miedo de caerme no veo bien (ent. 5)

(...) procuro caminar con las personas de mi grupo por lo menos 3 veces a la semana, me divierte al igual que me tranquiliza (ent. 6)

(...) el único tipo de ejercicio que realizo son las actividades de mi casa, aunque el medico me dice que eso no es ejercicio (ent. 8)

Atualmente a atividade física figura como uma intervenção prescritiva e uma condição para se prevenir a doença e obter saúde, desvinculada das necessidades individuais. O modelo prescritivo de lidar com as intervenções na doença é uma prática comum entre os profissionais da área de saúde frente aos usuários diabéticos. As atividades prescritas são aquelas consideradas mais saudáveis, as quais devem ser seguidas pelos usuários para evitar os fatores de risco e prevenir a doença (BARBOSA; PALHA, 2006).

Nessa direção ocorre uma normalização de condutas com base na análise das doenças, onde a doença é o elemento central da intervenção, relegando-se a participação ativa do indivíduo a um papel “subjeto”. Acredita-se que as dificuldades para a adesão do usuário a um programa de atividade física relacionam-se a diversos fatores, tais como: a forma de prescrição da atividade pelos profissionais, que na maioria das vezes não faz sentido, não motiva e não desperta interesse no usuário. É preciso resgatar a autonomia do sujeito, estimulando-o a

uma participação ativa no processo de lidar com a sua saúde e considerar a atividade física como uma prática corporal orientada pelas necessidades individuais dos usuários aliadas aos princípios da Atenção Primária à Saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde possui importância primordial para o desenvolvimento da Promoção da Saúde da população. O Sistema Nacional de Saúde do México conta com as Normas Oficiais mexicanas, que ajudam os profissionais de saúde na implementação de programas de saúde na prevenção de doenças, bem como, a Promoção da Saúde desta população.

Dessa forma, os indivíduos com diabetes tipo 2, contam com programas direcionados à eles, e estes permitem cuidados os quais vislumbram o controle metabólico. Porém, há carência de um seguimento contínuo por parte dos profissionais de saúde e, observa-se que o resultado encontrado é um controle metabólico ineficaz.

A realização deste estudo aponta para a necessidade de uma equipe multiprofissional atuando de forma eficaz e eficiente na manutenção da saúde do indivíduo com diabetes tipo 2. Um dos temas que emergiu das falas dos sujeitos foi a necessidade da atividade física para o controle da doença. Esta deve ser realizada de forma orientada respeitando a individualidade do sujeito, avaliada e acompanhada por um profissional de saúde que conheça seus hábitos e costumes.

A atividade física deve estar em consonância com a singularidade do sujeito, tanto em relação aos aspectos físicos quanto emocionais, ou seja, ela precisa “fazer sentido” para a pessoa com diabetes. Dessa forma, reitera-se que a adoção de atividades físicas, da forma tradicional (frequência, intensidade e duração) não parece responder para pessoas com as características descritas neste estudo. Assim, entende-se que a adoção de práticas corporais necessita profícuas revisões para a sua aplicabilidade.

Somando-se às discussões sobre as atividades físicas, a adoção de hábitos alimentares adequados, são componentes de difícil adesão para os sujeitos do estudo, pois, estes estão intimamente ligados a fatores culturais, econômicos e sociais, presentes na história individual de cada sujeito, bem como, na própria história da sociedade mexicana contemporânea.

A aposentadoria com a interface de uma doença crônico-degenerativa, o diabetes tipo 2, tem sido um tema pouco explorado na literatura nacional e internacional. De acordo com a Lei da Aposentadoria do México, que prevê um prolongamento da atividade laboral – para homens e mulheres -, e de acordo com a epidemiologia do diabetes – tanto em projeções para casos novos, quanto pelo aparecimento precoce da doença, vislumbra-se a necessidade de novos estudos

para propor intervenções precoces em relação à prevenção da doença, assim como, políticas públicas promocionais, junto aos trabalhadores para garantir melhor qualidade de vida, tanto na fase laboral quanto na preparação para a aposentadoria.

A proposição acima decorre de que as empresas mexicanas parecem não contar com programas que preparam as pessoas para a aposentadoria, ou seja, aspectos relacionados à organização da sua vida social, posterior ao advento da aposentadoria, já que conhecidamente, elas terão mais tempo livre para dedicar-se a outras atividades que não apenas laborais. Conformando seu novo papel na sociedade e refutando sentimentos de “utilidade” relacionados ao trabalho.

O trabalho mostrou o quanto o advento da aposentadoria pode trazer benefícios ou malefícios para algumas pessoas. Alguns referem que a aposentadoria possibilitou outros espaços para o seu papel social, no entanto, grande parte dos entrevistados se mostrou insatisfeitos por não terem perspectivas e projetos para essa fase da vida. Cabe ressaltar que ao se analisar as variáveis que compunham essa investigação, revelaram que a procura pelo serviço de saúde (consultas ou internação) demonstram uma utilização acentuada no período avaliado, o que sugere a dificuldade para o controle metabólico da doença.

Assim como, parece que a organização da atenção à pessoa com diabetes ainda não foi suficientemente incorporada, segundo os princípios organizativos da Atenção Primária à Saúde. Há que se considerar, no entanto, que o Sistema Nacional mexicano é composto por institutos de seguridade social, com princípios organizativos próprios e com autonomia para a implementação e adequação dos programas de saúde preconizados pela Secretaria de Saúde, de acordo com a sua capacidade instalada.

Nesse sentido, mesmo com o papel reitor da Secretaria de Saúde para o desenvolvimento de estratégias orientadas à prevenção de doenças e Promoção da Saúde, é fundamental que os profissionais de saúde estejam qualificados para poder responder de forma co-responsável às demandas da população, por meio de uma assistência integral e humanizada. Levando em consideração: uma atenção de saúde que valorize além dos cuidados clínicos, a percepção do sujeito aposentado e da família em relação à doença e ao seu controle, ao uso de práticas não convencionais para o controle metabólico no autogerenciamento da doença e que também valorize os projetos de vida e o entorno social.

Deve-se considerar também que as pessoas ao serem diagnosticadas até os 40 anos já têm incorporadas em seu cotidiano crenças, costumes e valores. Nesse sentido, a adoção de mudanças no estilo de vida torna-se uma tarefa difícil e penosa, o que tem dificultado no controle metabólico do diabetes tipo 2.

Alguns sujeitos do estudo associam a aposentadoria com a idade cronológica, sugerindo que há uma valorização do papel social quando se está no mercado de trabalho. Nesse sentido, parece que além do mencionado, estar com uma condição crônica associada, potencializa quadros sintomáticos que agravam a qualidade de vida nessa fase da vida.

Finalmente, considera-se que devemos continuar investigando essa população, conhecer os sentimentos e percepções destes indivíduos aposentados com diabetes tipo 2, o processo de adoecimento e projetos de vida a partir dessa nova experiência, visando oferecer novas ferramentas para que tenhamos instrumentos que possibilitem contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARRAN, P. N .B. **Importancia del comportamiento dietario familiar en el control de la diabetes tipo 2**. 2002, Tesis (Maestría). Centro de investigación en alimentación y desarrollo, AC, Hermosillo Sonora, México. 2002.

ALMEIDA, P. M. C. DE.; ROCHA, S. Y. J. **O trabalho de enfermagem**. 1º ed. Ribeirão Preto. Cortez, 1997, 296f.

AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY, Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 3, n. 2, p. 54, junho 2004.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Screening for type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 21, p. 20-2, 1998, Suppl. 1.

ANTUNES, R.; ALVES, G. **A mutação do capital**. Educ. Soc.Campinas, v. 25, n. 87, p 335-51, maio- ago. 2004. Disponible em: <http://www.cedes.unicamp.br>

ARGANIS, J. E. Ideas populares acerca de la diabetes y su tratamiento. **Rev. Med IMSS**, v. 36. n. 5, p. 383, 1998.

ARGANIS, J. E. N. La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes de Iztapalapa, **Rev. Cuicúilco**. v. 12, n. 033, p. 11-25 ene. –abr. 2005.

ATAIDE, M.B.C. **Ser jovem e ter diabetes**: estudo interpretativo à luz do pensamento de Merleau-Ponty, 1999, 131f Tese (mestrado)- Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

BAPTISTA, M. E. **Fenomenologia do existir do diabético**, 1992, 106 f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.

BARBOSA, R. G; PALHA, F. P. Atividade física e doença arterial coronanaria: revisando a literatura, 2006, 144f Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BARCELÓ, A.; RAJPATHAK, S. Índice and prevalence of diabetes mellitus in the Américas. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan. Am. J. Public Health**, v. 10, n. 5, p. 300-8, 2001.

BAVA, AC. **Introdução à sociologia do trabalho**, São Paulo, ática, 2000.

BEAGLEHOLE, R. Informes do diabetes no mundo. **Diabetes Care**, v. 8, n. 3, p. 162 maio 2004.

BECERRA, M. E. A. Antecedentes en salud, 2005, Disponible en: http://archivos.diputados.gob.mx/Centro_Estudio/cesop/eje_tematico/salud.htm

BOLETIN. FIAP, Fondos de Pensiones Podrían Invertir en Acciones en la Primera Mitad de 2004, Disponible en: www.fiap.cl/p4_boletin/site/artic/20030910/pag/20030910120133.html,

BOSI, M.L.M.; UCHUMURA, K.Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis, RJ: vozes, 2006, p. 87-117

BRANDAO, P. G. B. **Sistema Nacional de Salud**, México, 1999.

BRANDAO, P. G. B.; ARAUJO, C. A.; NUNES, S. A. M. M.; JOB, M. C.; MONTON, S. J. D.; TORRES, M. V. M.; BRANDAO, A. S. Perfil dos pacientes portadores pré diabético atendidos do hospital Escola José Carneiro e na Unidade de Emergência Armando, **Lages. J. Vasc. Br.** v. 1, p.5-10, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organización Pan Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. **Promoção da saúde**: declaração de Alma- Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países e Declaração do México. Brasília, 2001

BRAVERMAN, H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1987.

BRITO, J.; OLIVEIRA, S. Divisão sexual do trabalho e desigualdade nos espaços de trabalho. In: SILVA, F.J.F.; JARDIM, S. A. **Danação do trabalho-organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio Janeiro: Te Cora, 1997. p. 245-62.

BROWN, S. A. Interventions to promote diabetes self-management: state of the science. **Diabetes Educ.**, v. 25, p. 52-61, 1999. Suppl.

BRUSCHINI, M. C. A.; RIDENTI, S. G. U. Trabalho domiciliar masculino. **Rev. Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 3, n.2, p. 363-92, 1995.

BUCK, C. **Después de Lalonde**: La creación de la Salud? Disponible en: OPS/OMS (1996).

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 166-77, 2000.

CAMPOS-NAVARRO, R. D.; TORRES, E. N. Autoterapias complementarias de adultos mayores com enfermedades crónicas degenerativas. **Rev. Méd. IMSS**, v. 39, n.1, p. 15-9, 2001

CARITITA, R. P. **Adhesión a un grupo educativo de personas portadoras de diabetes mellitus**: porcentajes y causas. Cuba, 2002.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde**: Sujeito e Mudança. São Paulo. Hucitec. 2005. 174p.

CARVALHO, T. Sedentarismo, o inimigo público número um. Rev. Brás.med.esporte., v. 5, n. 3, p. 11-2, 1999.

CRUZ, E.V. **Perfil de mulheres portadoras de diabetes mellitus internadas em uma unidade de assistência ginecológica.** 1998, 81f, Tese (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

CRUZ, A; NORIEGA, M. Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones, **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1129-38, jul- agos., 2003

DAMASCENO, M. M. C. **O ex-sistir do diabético:** da fenomenologia para a enfermagem, 1996, 163f, Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

DESLANDES, S. F. Aconstrução do objeto de pesquisa, In: MINAYO, M. C. (org). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 19 ed. Petrópolis; vozes, 2001. cap. 2, p. 31-50

DIABETES MELLITUS, PRIORIDAD INSTITUCIONAL: Panorama Epidemiológico, Foro Silanes, atención a la salud en México. Prevención de diabetes, 2000, v. 4, n. 10, p. 19-21.

DIAZ, D. O.; RODRIGUEZ, V. J. L.; ALONSO, D. E. Comportamiento epidemiológico de la diabetes mellitus en el municipio de Guines. Año 2002, **Rev. Cubana Higiene y Epid.**, v. 42, n. 1, 2004.

ENGELGAU, M. E.; NAYARN, K. M.; HERMAN, W. H. Screening for type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 23, n 20, p. 1563-80, 2000.

FERNANDEZ, P. Asia y frontera México-Estados Unidos. In: CARRILLO, J. (Org.). **Reestructuración industrial**, p. 128-43, México; 1986.

FERRAZ, A. E. P. **Modos de enfrentar problemas e sua relação como componente emocional e controle metabólico das pessoas portadoras de diabetes mellitus.** 1995, 233 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1995.

FERREIRA, S. R.; SILVEIRA, A. M.; FRANCO, P. V.; MAKINO, A. T.; MARTIN, M. M. Análise das Aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais, no período de 1996 a 1999. **Rev. Assoc. Méd. Brás**, v. 49, n. 1, p. 60-6, 2003.

FERREIRAS, S. L.; NASCIMENTO, E. R. Grupo de auto-consciência: uma alternativa para educação em saúde da mulher nos serviços públicos de saúde. **Rev. Feminina**, v. 20, n. 5, p. 451-4, 1992.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, V. G. D. O processo de viver Saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 1 p 105-11, jan.-mar. 2007.

FRANCISCO, V. T; FAWCETT, S. B; SCHULTZ, J; PAINE-ANDREWS, A. Um modelo de promoción de la salud y desarrollo comunitário. In: BALCÁZAR, F. E.; MONTERO, M.; NEWBROUGHT, J. R.; **Modelos de la salud y prevención de las enfermedades em las Américas. Washigton: Organización Panamericana de la Salud**; 2000, p.17-32.

FRANKENHAEUSER, M. A biopsychosocial approach to work life issues. **Int. J. Health Service**, v. 19, p. 747-58, 1989.

FRANZ, M. J.; BANTLE, J. P.; BEEBE, C. A.; BUNZELL, J. D.; CHIASSEON, J. L.; GARG, A.; HOLZMEISTER, L. A.; HOOGWERF, B.; MAYER-DAVIS, E.; MOORADIAN, A. D.; PURNELL, J. Q., Wheeler M: evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. **Diabetes Care**, v. 25, p. 148-98, 2002

FUENTES, F. L. A.; LARA, L. M.; RANCEL, V. G. Estilos de vida no saludable en pacientes menores de 39 años con diabetes mellitus 2, **Rev. Enferm. IMSS**, v. 12, n. 2, p. 79-82, 2004.

GADBOIS, C. Women on night Shift: interdependence of sleep and of the-job activities. In: REINBERG, A. N.; ANDLAVER, P. (Ed.). **Nigh and shiftwork: biological and social aspects** Oxford: Pergaman Press, 1981. p. 223- 27.

GALLARDO, J. **Promover la adaptación de los jubilados**, 1991.

GARCIA, A. J; SALCEDO, R, AL. Dominio cultural en diabetes mellitus tipo 2, **Rev. Universitaria de Guadalajara**, n. 23, p. 1-11, 2002

GARCIA, R. W. D. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 51-68, 1997.

GARDINER, J. **El trabajo domestico de las mujeres**, In: Patriarcado capitalista y feminismo socialista, Ed. Z.R. Einsenstein, México p. 157-171,1980.

GARDUÑO, M. A.; MARQUEZ, M. Salud laboral femenina. Apuntes para su investigación In: para la investigación sobre la salud de los trabajadores, Washington: Paltex, 1993. n.3 p. 235-63.

GONZALEZ, M. A. **A doença veio para ficar**: estudo etnográfico da vivência do ser diabético. 1993, 177 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeira Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

GROSSI, S. A. A. **Avaliação de dois esquemas de monetarização domiciliar em pacientes com diabetes mellitus do tipo 1.**, 1999, 168 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.

GRUPO DE ESTUDIOS DE LA DIABETES EN LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD- Gedaps. **Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la atención primaria. Contribución al programa de acción de la Declaración de St. Vicente.** España: Harcourt, enero 2002, p. 10-3.

GUILLET, S. E. Understanding chronic illness and disability. In: J. L. Neal e S. E. Guillet (Ed). **Care of the adult with a chronic illness or disability.** Philadelphia: Elsevier Mosby, 2004. Understanding chronic illness and disability. P. 10-11

GUZMAN, A. Acerca de la Oportunidad Streptococcal. **Rev. Venomedica**, v. 1, p. 1-5, 2004.

HARRISON, T. R. **Medicina interna**, 15ª ed. Rio de Janeiro: Mc. Graw-Hill Interamericana do Brasil, 2002. v. 2, 2240 p.

HIRATA, H.; KERGOAT, A. La division sexuelle du travail revisitée, In: MARVANI, M. (Org). *les nouvelles frontières de la sexualité*, Paris, La découverte, 1998, p. 93-104.

HIRSCH, J. ¿Qué significa Estado? Reflexiones acerca de la teoría del estado Capitalista. **Rev. Social Polit.** Curitiba, v. 24, p.165-75, 2005.

HOWARD, A. A.; ARNSTEN, J.H.; GOUREVITCH, M. N. Effect of alcohol consumption on diabetes mellitus: a systematic review. **Annals Intern, Med.**, v. 140, n. 3, p. 211-9, 2004.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES. A **Dicionário básico de filosofia.** Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

KERGOAT, D. Em defesa de uma sociologia das relações sociais. Da análise crítica das categorias dominantes à elaboração de uma nova conceituação. In: Kartchevsky, A.et.al (org). **O sexo do trabalho.** Rio de Janeiro Paz e Terra, 1987. p.79-93.

KULMALA, P. Prediabetes in children: natural hystory, diagnosis, and preventive strategies. **Paediatr. Drugs**, v. 5, p. 211-21, 2003.

KUMATE, J. Balance Sectorial de Salud: Cinco años de gobierno, In: Arturo Warman, **La política social en México, 1989-1994**, FCE, México, 1994, p. 156.

LANDEROS, O. E. A. El panorama epidemiológico de la diabetes mellitus, **Rev. Mexicana Enferm. Cardiol.**, v. 8, n. 1, p. 4, ene– dic. 2000.

LAURELL, A. C. **Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social**. Como garantizar y ampliar tus conquistas. Planeta Mexicana, México, 2004.

LAVALLE, A. R, **La Seguridad Social en México**, 1999. Disponible en: www.itcilo.it/actrav/english/calendar/1999/A21555/trabajos/informes/inf.nac/méxico.htm Consultada: marzo 2005

MAHL, M. L. S. **Importância da orientação sobre o auto-cuidado ao paciente diabético**, 1979, Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MARIONS; F. M. S.; BANTLE, J. P.; BEEBE, C. A.; BRUNKEÑÑ, J. D.; CHIASSEON, G. J. L.; HOLLMEISTER, R. D. Evidence-based nutrición principales and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. **Diabetes Care**, v. 25, p. 148-98, 2002.

MARTINEZ, Z. Diabetes Amenaza Silenciosa, **Rev. Fortuna**, 2005. Disponible en: revistafortuna.com.mx/opciones/archivo/2005/febrero/html/salud/diabetes.htm.

MARX, K. **O capital**, 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980, v. 4.

MARX, K. O Capitalismo: critica economia política. São Paulo: Nova Cultura, 1985, v. 1. livro 1, Cap. XXIII. (os economistas).

MENDES, E. V. Promoção da saúde no limiar do século XXI. **Sanare**, v. 3, n.1, p. 83-7, 2002.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. 1979, 209 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centro de saúde de São Paulo**. 1986, 416 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1986.

MENDEZ, C. I. **Observação da administração de Insulina em pacientes diabéticos no domicílio**, 1975, Tese, (Mestrado) - Escola de Enfermagem “Ana Neri”, Universidade do Rio Janeiro, Rio de Janeiro, 1975.

MENENDEZ, E. Hacia una práctica medica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud. **Cuadernos de la Casa Chata**, México, n. 86, 1984.

MERHY, E. E. O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. 2. ed. Campinas, Papirus, 1987.

MÉXICO. SECRETARIA DE SALUD. **Diario Oficial** 18 Enero 1996.

MÉXICO. SECRETARIA DE SALUD. **La seguridad social en México**, 1999. disponible en: www.itcilo.it/actrav/english/calendar/1999/A21555/trabajos/informes/inf.nac/méxico.htm, Acceso, abril 2005.

MÉXICO. SECRETARIA DE SALUD. **Diagnostico mexicano de salud**, México, 2000a.

MÉXICO. SECRETARIA DE SALUD. **ENCUESTA NACIONAL DE SALUD**, 2000b.

MÉXICO. SECRETARIA DE SALUD. **Plan Nacional de Salud 2001- 2006**, 2000c

MÉXICO. SECRETARIA DE SALUD. **Programa Nacional de Salud**. 2001-2006, Acciones hoy para el México del futuro. 1era edic., México, 2001a.

MÉXICO. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, **Artículo 177**. México, 2001b

MEXICO. SECRETARIA DE SALUD DISTRITO FEDERAL, **Ley de Salud**. México, 2001c.

MÉXICO. SECRETARIA DE SALUD, coordinación de vigilancia epidemiológica, modificación a la norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, 2000. **Diario Oficial**, 2001d.

MEXICO. **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, IMSS, 2003a.

MÉXICO. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA GEOGRAFIA E INFORMATICA (INEGI), **Anuario estadístico**, México, 2003b.

MÉXICO, **La seguridad social en el país de México**, 2005a. Disponible en: gemesp1.edomexico.gob.mx/issemym/Prestaciones_segsocial/CISS/México.htm, Acceso en: junio 2005.

MÉXICO, Presidencia de la Republica. **Carpeta Informativa de la gira de trabajo por el estado de Guanajuato**, 2005b disponible en: Zedillo.presidencia.gob.mx/pages/giras_n/gto/gtohimi-30k, acceso en: 21 mai. 2005.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte o desafio do pesquisa social. In: MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19 ed. Petrópolis: vozes, 2001, p. 9-30

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**, 8ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2004, 269 p.

MONDARDO, S T, **Estudo das ações de enfermagem praticadas no ambulatório do Hospital de Clinicas de Porto Alegre a pacientes diabéticos**. 1982, Tese (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS, 1982.

MONETTA, L. **Análise evolutiva do processo de cicatrização em úlceras diabéticas, de pressão e venosas com uso de papaína**. 1998, 192 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, 1998.

NACHREINER, F. Individual and social determinats of shiftwork tobrance scand J. work Environ Health. Helsinki: scandinavian **J. Work Environ. Health**, v. 24, n. 3, p. 35-42, 1998.

NISSINEN, A.; BERRIOS, X.; PUSKA, P. Intervenciones comunitárias contra las enfermedades no transmisibles: lecciones de los paises desarrollados para los paises em desarrollo. **Bol. Org. Panam. Salud**, v. 6, p. 47-53, 2002.

NORIEGA, M; LAURELL, C; MARTINEZ, S; MENDEZ, I; VILLEGAS, J. Integración de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental. **Saúde Pública**, Río de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1011-19, 2000.

NORIEGA, M.; GUTIERREZ, G.; MENDEZ, IGNACIO.; PULIDO, M. Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales, **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1361-1372, 2004

NORIEGA-ELIO, M.; BARRON, A. La polémica sobre las lumbalgias y su relación con el trabajo estudio retrospectivo en trabajadores con invalidez, **Saúde Pública**, Río de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 887-97, 2005.

NUNEZ, P.A.M. **Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do diabético para o auto-cuidado**, 1982, 143 f. Tese (Mestrado) - Centro de Ciências de Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1982.

OLIVEIRA, L. D. T. **Avaliação da capacitação em autocuidado de pacientes diabéticos jovens cadastrados nos serviços públicos na cidade de João Pessoa.** 1994, 146 f. Tese (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003. 105 p.

ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAÚDE. Life styles and health. **Soc. Sci. Méd.**, v. 22, n. 2, p. 117-24, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The cost of diabetes. Geneva. 2002. Disponível em: <http://111.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/em/>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. **Promoción de salud:** una antología. Washington: OPS, 1996; publicación científica, n. 557, p. 404.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atlas do educação em diabetes em América Latina e o Caribe:** inventario de programas para pessoas com diabetes tipo 2, Washington, D. C., División de prevención y control de enfermedades. Programa de enfermedades no transmisibles, 2002.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Unidad de enfermedades no transmisibles 9DPC/NC 525 23 rd St, NW, Oficina 722.** Washington, DC: OPS; OMS, 2003. 7-2895.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Paso a paso no controle do diabetes, Republica Dominicana, 2004. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/diabrocure-2004.htm>.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, MINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL DE CANADÁ, ASOCIACION CANADIENSE DE SALUD PUBLICA. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa, Canadá. 1986.

ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD, **Declaración de Alma Ata**, Washington, 1978.

ORGANIZACION MUNDIAL PARA LA SALUD. 53º Asamblea mundial para la salud 2000.

OTERO, L. M. Impacto de un programa de promoción de la salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 en la comunidad. **Rev. Latino- am. Enfem.**, v. 11, n. 6, p. 713-9, 2003.

PALHA, P. F. **Vivências do cotidiano**: a promoção de saúde como um exercício de cidadania no programa de integração comunitária de Vila Tibério, 2001, Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PANDURO, C. V. Genes y medio ambiente. **Investigación en Salud**, México, v. 3, p. 41-8, mar. 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998. 254 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Campinas, 1998.

PERES, D. S.; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L.; FERRONATO, A. A. **Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos**, 2007. (Prelo)

PINKUS, L. *Psicología do doente*. São Paulo (SP): Paulinas; 1988.

POULANTZAS, N.; STAATSTHEORIE, P. Ü. ideologie, sozialilistische Demokratie. Berlin:s/n, 1978.

PROCHNOW, A. G. **Possibilidades de vida com melhor qualidade das pessoas com diabetes**: um estudo de enfermagem fundamentado em Callista Roy. 1998, 81 f. Convênio Repensul, Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal de Santa Maria. Florianópolis, 1998.

PULIO-NAVARRO, M; NORIEGA-ELIO, M. Condiciones objetivas y subjetivas de trabajo y transtornos psicofisiologicos, **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 269-77, jan-fev. 2003.

RESTREPO, H. E. Antecedentes históricos de promoción de la salud. In: H. E. Restrepo, H. Lalaga (Org.). **Promocion de la salud**: como construir vida saludable. Bogotá: Méd Int, 2001, 298 p.

RIVAS, G. ¿Por qué come lo que come la población Mérida?, **Cuadernos de nutrición**. México, v. 21, n. 5, p. 36-46, 1998.

RIZEKE, C. S.; LEITE, M. P. Dimensões e representações do trabalho fabril feminino. **Cadernos Pagu**. Campinas. v. 10, p. 281-307, 1998.

RODRIGUES, F. P. C. **A consulta de enfermagem centrada na promoção à saúde do adulto diabético: uma abordagem psicossocial**. 2003. 164 f. Tese (Mestrado)- Escola de Enfermagem São Paulo, Universidade de São Paulo, 2003.

RODRIGUES, M F. **Buscando um marco conceitual e uma metodologia baseados em Imogene King**: experiência com clientes adultos diabéticos, 1992, 163f. Tese (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 1992.

RODRIGUES, N. D. M.; DUPAS, G.; LISTO, A. F. Diabetes na Infância/adolescência: conhecendo a dinâmica familiar, **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 9, n. 1, p. 119- 30, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a09.htm>. Acesso em: 7 ago. 2007.

ROSSI, V. E. C. **Perfil das pessoas com diabetes mellitus tipo 2 cadastradas no programa de assistência ao diabético de Passos- MG.**, 1999, 158 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1999.

ROTENBERG, L. Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia. **Cad. Saúde Pública**, v 17, n 3, p. 639-49, 2001.

RUTENFRANZ, J.; KNAUTH, P.; FISCHER, F. M. Trabalho em turnos e noturno. **Hucitec**, São Paulo, 1989.

SABÓIA, V. M. **A mao dupla do poder: a enfermeira e os idosos no grupo dos diabéticos do HUAP-UFF**. 1995. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1995.

SALINAS-MARTINEZ, A.M. Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención, **Salud Pública**, México. v. 243, n. 4, 2001.

SALLINEN, M. **Fatigue in shift work**. Työterveiser, special issue. Ergonomics. Abringdan: Taylor and Francis, 1997, p. 9-11.

SALMINEN, K. K.; VUORINEN, T.; OIKARINEN, S.; HELMINEN, M.; SIMELL, S.; KNIP, M. Isolation of enterovirus strains from children with preclinical type 1 diabetes. **Diaber. Méd.**, v. 21, p. 156-64, 2004.

SAMPERIO, F. R; SILVERIA, A. M.; PARRERA, F.V; MAKINO, A. T; MATEO, M. M. Análise das aposentadorias por incapacidade permanente entre os trabalhadores da Universidade Federal de Minas Gerais no período 1996 a 1999. **Rev. Assoc. Méd. Brasil**, v. 49, n. 1, p. 60-6, p. 2003.

SANTANA, M. G. **Corpo do ser diabético, significados y subjetividad**, 1988, 213f Tese (Doutorado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 1988.

SANTOS, B. E. L.; ZANETTI, M. L.; OTERO, M. L.; SANTOS, M. A. dos. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador, **Rev. Latino-am Enferg**. Ribeirão Preto. v. 13, n. 3, p. 397-406, 2005.

SANTOS, L. M.; DA ROS, M. A; CREPALDI, M. A; RAMOS, L. R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 346-52, 2006.

SANTOS, M. T. M. dos. **Abandono do programa de doenças crônicas pelo cliente diabético**: uma experiência vivenciada na consulta de enfermagem. 1999, 95 f. Desertarão (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

SAUCEDO T. M; BAÑUELOS F. N.; CABRERA P. R. M; BALLESTEROS, V. M. La práctica de la medicina alternativa una realidad en el paciente diabético en Hermosillo Sonora, **Rev. Salud Pública y Nutrición**, México, v. 7, n. 4, oct – dic. 2006.

SHIGEMI, J.; MINO, Y.; TSUDA, T.; BABAZONO, A; AOYAMA, H., The relationship between job stress and mental health at work. **Industria Health**. v. 35, p. 29-35, 1997.

SILVA, D.M.G. **Narrativas do viver com diabetes mellitus**: experiências pessoais e culturais. 2000, Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Florianópolis, 2000.

SOBERON, A. G. **Hacia un Sistema Nacional de Salud**, México: Comisión de Salud y Seguridad Social, 1983.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promacao da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004.

STRARFIELD, B. Práticas de atenção primaria, In: **Atenção Primaria**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, Brasília: UNESCO. Ministérios de Saúde, 2002, p. 19-71

TAVARES, D. M. S. **Educação conscientiza dora do idoso diabético**: uma proposta de intervenção do enfermeiro, 1997, 143 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

TEXEIRA, E. R. Presentacoes culturais de clientes diabéticos sobre saúde-doença e autocuidado. **Rev. Enfermagem VERJ**, v. 4, n.112, p. 16-9, 1996.

TREVISAN, E. **Cuidado à criança diabética, na teia da vida**. 1998. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Convenio Repesensul, Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Paraná, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação, 4 ed. São Paulo, Atlas, 1995

TUOMILEHTO, J.; LINDSTROM, J.; ERIKSSON, J. G.; VALLE, T. T.; HAMALAINEN,H.; ILANNE-PARIKKA, P.; KEINANEN-KIUKAANNIEMI,S.; LAAKSO, M.; LOUHERANTA, A.; RASTAS, M.; SALMINEN, V.; UUSITUPA, M.; AUNOLA, S.; CEPAITIS, Z.; MOLTCHANOV, V.; HAKU,AKI, M.; MANNELIN, M.; MARTIKKALA, V.; SUNDVALL, J. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucosa tolerante. **N. Engl. J. Med.**, v. 344, p. 1343-50, 2001.

UNESCO/educación. **¿A que “destrezas” alude este enfoque?**. Disponible en: Portal.unesco.org/educación/es/ev.php-url.

VILLEGAS, J. colb. Trabajo y salud en la industria maquiladora mexicana: una tendencia dominante en el neoliberalismo dominado, **Rev. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n, 2, p. 123-34, 1997.

WILD, S.; ROGLIC, G., GREEN, A.; SICREE, R; KING, H. Epidemiology/Health Services/Psychisicial Research. Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v. 7, n. 5, p. 1047-53, maio 2004.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermagem e família**: uma guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo, ROCA, 2002. Disponível em:

www.consar.gob.mx/social/infoconsares/00/inf.

ZANETTI, M. L.; OTERO, L. M; FREITAS, M. C. F; SANTOS, M. A; GUIMARÃES, F. P. M; COURI, C. E. B; PÉRES, D. S; FERRONATO, D. A.; DAL SASSO, K.; BARDIERI, A. S. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management: relato de experiências, **Rev. Prom. Saúde**, Brasil, v. 19, n. 4, p. 253-60, 2006

ZANETTI, M.L. **O diabetes mellitus tipo 1 em crianças e adolescentes**: um desafio para as mães e profissionais de saúde, 1996, 170 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeiro Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

ZARATE, A. A. **Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas** 1993, DGE, SSA, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE DE SAO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DOUTORADO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DAS PESSOAS COM DIABETES TIPO 2

I. INTRODUCCION: El presente cuestionario, pretende identificar en los personas con diabetes tipo 2 jubilados durante el periodo 2000 a 2005, sus características demográficas y clínicas presentes en ellos

II. DATOS GENERALES

Nombre _____ Edad: _____
Sexo: _____ Edo. Civil: _____ Domicilio: _____
Ocupación: _____ Cedula: _____
Grado de escolaridad: _____
Lugar de Procedencia: _____
Personas con las que vive: _____
Cuenta con mascota: No _____ Si _____
Especificar: _____

III. VARIABLES CLÍNICAS

1. Quanto tiempo hace que se le diagnostico la DM2 _____
2. Número de consultas a las que acude regularmente _____
3. Número de ocasiones en las que se ha internado _____
4. Causas por la cual fue internado _____
5. Cuenta con alguna enfermedad agregada _____
6. Presenta complicaciones relacionadas a la DM2. SI _____ NO _____
Cuales _____
7. Que nivel de Glucosa sanguínea maneja regularmente _____
8. Que cifras de tensión arterial maneja _____
9. Sigue algún tratamiento medicamentoso: SI _____ NO _____
Cuál _____

APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE DE SAO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DOUTORADO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

ENTREVISTA

I. INTRODUCCIÓN: Cuestionario para personas portadoras de Diabetes tipo 2 que por ocasión de la jubilación ya presentaba esta patología.

Este instrumento permitirá detectar los cambios efectuados en la vida del personas con diabetes tipo 2 antes y después de la jubilación.

A continuación se describen unas preguntas norteadoras que permitirán al investigador ir conformando la historia oral del persona.

II. DATOS GENERALES

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____

FECHA DE JUBILACION: _____

III. DESARROLLO DE LA ENTREVISTA

1. Para iniciar nuestra conversación, me gustaría que usted me contestase sobre ¿como era su vida antes de jubilarse?
2. Hábleme del trabajo que usted ejercía.
3. ¿Cuáles son los aspectos que usted consideraba importantes en relación a su trabajo?
4. ¿Cómo fue que usted recibió el diagnostico de la diabetes mellitus?
5. ¿El hecho de ser diabético interfirió en su trabajo?
6. ¿Durante la fase en la que usted trabajaba, como cuidaba de su diabetes?
7. ¿Hábleme como era su rutina de vida en relación al trabajo y fuera del mismo?
8. ¿Qué significa la jubilación para Usted?
9. ¿Qué piensa que cambio en su vida con la jubilación?.
10. ¿Cómo fue su preparación para la jubilación? ¿Cuáles? ¿Quién fue?

11. ¿Usted cree que hay cambios en relación al cuidado con la diabetes después de la jubilación? ¿Por qué?
12. Coménteme un poco ¿cómo es su día a día?
13. ¿Con qué frecuencia usted busca el servicio de salud para el control de su diabetes?
14. ¿Cuáles son los otros recursos que Usted busca para auxiliarse en el control de su diabetes?
15. ¿Usted se acuerda cuál era la frecuencia con la cual acudía a los servicios de salud para el control de su diabetes antes de jubilarse? ¿A quien acudía?
16. ¿Usted buscó otras prácticas populares o alternativas antes de jubilarse para auxiliarse en el control de su diabetes?
17. ¿Usted tiene alguna dificultad para controlar su diabetes hoy?

APÊNDICE 3

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Consentimiento libre y esclarecido

Mi nombre es Laura Ruiz, en este momento me encuentro realizando un estudio de investigación titulada la promoción de la salud en personas con diabetes tipo 2 que se encuentran jubiladas, me gustaría que participara en el estudio. Para mayor esclarecimiento, este estudio pretende obtener información sobre los cambios que ha presentado en su persona cuando se llevo a cabo el proceso de jubilación, tanto en su aspecto emocional como en el manejo de su enfermedad, relacionándolos con la promoción de la Salud.

El objetivo de la investigación es: Analizar los cambios de vida del persona con diabetes tipo 2 al llevarse acabo el proceso de jubilación con por lo menos 1 año de ser jubilado.

Su participación consistirá en responder unas preguntas sobre los cambios surgidos en su persona al llevarse a cabo la jubilación en relación a su vida y al control de su enfermedad, para poder hacer una transcripción exacta de sus respuestas estas serán grabadas.

Su autorización para su participación es de gran importancia para el desarrollo de este estudio, si acepta por favor firme este consentimiento.

Si necesita mayor información estoy a su disposición en el teléfono (461) 61 2 54 72, (461) 615 36 48 y en el correo electrónico lauraruizpaloalto@yahoo.com.mx.

Declaro que fui informado de los procedimientos a los que seré sometido en el cual tendré que responder a un cuestionario cuyas respuestas serán grabadas siendo necesario su identificación. Autorizo para que mi información se empleada para fines convenientes para el estudio.

Fui debidamente informado:

1. Del derecho de recibir respuesta a cualquier pregunta o duda sobre la investigación, así como de los beneficios y otros asuntos relacionados con el estudio.

2. De la libertad de retirar mi consentimiento, en cualquier momento sin perjuicio para mi.
3. Del derecho de que si abandono el estudio no tendré represalias por la institución que me brinda el servicio medico.
4. De la garantía de que no hay ningún pago ni costo por participar en el estudio.
5. De no darse a conocer su nombre en los resultados del estudio.

Declaro que tengo conocimiento de los derechos arriba citados y doy mi autorización para ser parte de su estudio.

Fecha_____

Nombre del persona _____

Firma_____

Firma de la investigadora_____

Dirección para contacto de la investigadora

Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya, mutualismo No. 303 zona Centro de Celaya, Gto.

Correo electrónico lauraruizpaloalto@yahoo.com.mx

APÊNDICE 4

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

Mutualismo No. 303 Apdo. Postal 91 Celaya, Gto. ☎/Fax (461) 615 36 48 y 615 36 65

Celaya, Gto., 05 de Mayo de 2006.

MA. Ma. Laura Ruíz Paloalto
Presente.

Por este conducto, me permito comunicarle que el Comité de Bioética realizó la primer revisión y evaluación de su protocolo de investigación titulado: **"Influencia de la promoción de la salud en personas jubiladas con Diabetes Mellitas tipo 2"**, el Comité dictaminó que se aprueba.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"LA VERDAD OS HARÁ LIBRES"
UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya

MTRA. ROSALINA RÍAZ GUERRERO
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE BIOÉTICA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

PSIC. ELISA GUERRERO FERNÁNDEZ
SECRETARIA DEL COMITÉ DE BIOÉTICA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE CELAYA

C.c.p. Mtra. María de Lourdes García Campos.-Coordinadora de Investigación FEOC.
C.c.p. Dra. Leticia Cacique Cacique.-Coordinadora del Doctorado de la FEOC.
C.c.p. Archivo.
*amm.

ANEXOS

ANEXO 1

SIGNIFICADO DO TEXTO

VIDA ANTES DA APOSENTADORIA

Tema	Subtema	Figura
1) Vida dedicada ao trabalho	1.1 Trabalho como obrigação	<p>Mi trabajo era muy activo trabajaba doble plaza una en la mañana y otra por la tarde salía de casa desde la 7 de la mañana y llega hasta en la noche, era la primera que llegaba y la última que salía, tenía tres años trabajando en un proyecto de Guanajuato tenía varias reuniones en Gto (ent 1)</p> <p>Mi Trabajo siempre lo desempeñe en la Secretaria de Agricultura y Recursos Hidráulicos, con un horario establecido, trabajé primeramente en el DF en una oficina pasaba un tiempo en el campo.... Cuando me pasaron a Celaya permanecía más tiempo en la oficina llevaba el programa de Pro campo aquí fueron más estrictos tenía que llegar a una hora y salir a una hora determinada no me gusto me tenía encajonado en una oficina (ent 2)</p> <p>Mi trabajo era muy sucio nunca me gusto trabaja mucho desde antes de salir de casa ayudaba a mi papá en su negocio de barbacoa el asear tantas oficinas y esos niños que las ensucian mucho (ent 3)</p> <p>Mi trabajo era muy pesado comencé a trabajar desde muy abajo primeramente de intendencia luego en la lavandería y después de secretaria llegaba muy temprano a las oficinas de tal manera de cuando entrara el personal ya estuviera limpio era muy cansado yo tuve que trabajar porque mi esposo falleció cuando yo tenía 32 años y tenía que mantener a mis hijos que fue la razón por la que tuve que trabajar pero también que estar al pendiente de mis hijos les tenía que dejar la comida para que desayunaran y se fueran a la escuela, después me dieron el trabajo de lavandería pero abusaban de mí los jefestenía que lavar la ropa de ellos y me tenía que quedar callada me daba unas buenas cansadas y de ahí tenía que llegar a la casa a cocinar para el otro día, después me capacito el sindicato para que me dieran una plaza de secretaria me gane la confianza de mis jefes y fue el motivo para que me dieran la plaza de secretaria pues les era muy útil en las cosas de la oficina, aunque eso no me tocaba yo lo hacía porque me gustaba (ent 5)</p> <p>Mi vida cuando trabajaba era muy activa tranquila cuidaba de mis hijos, dormía muy poco durante el día tenía mucha actividad sin tiempo de pensar en nada, cuando trabajaba en la ciudad de México mi trabajo</p>

		<p>era muy agotador cuando me pase a la ciudad de Celaya la carga de trabajo disminuyo así que descansaba más aunque el trabajo de l casa nunca se termina (ent 8)</p> <p>Mi trabajo era muy atareado era supervisor de zona y tenia que viajar mucho estar al pendiente de las cosas de la escuela y de que los maestros recibirán capacitación y que se cumpliera los programas al 100%, para llegar a este puesto pasaron varios años impartí clases a los alumnos de secundaria , cuando uno llega a ocupar estos puestos hay incremento en el ingreso percibido o que era agradable para mi y para mi familia pues vivía con comodidades (ent 9)</p> <p>Mi vida era muy activa me gustaba acudir a trabajar, salía de mi casa ya con el aseo realizado, la comida preparada solo para llegar a la casa calentar la comida y comer tenia varios alumnos medios traviesos y que no estudiaban pero yo trataba de que se motivaran para que estudiaran (ent 10)</p>
	1.2 Trabalho como possibilidade de convivência social	<p>Mi trabajo me gustaba mucho yo trabajaba muy a gusto en todos los servicios del hospital general el único que no me gustaba era el de pediatría porque los niños no dicen lo que les duele, yo me lleva muy bien con todos mis compañeros, tanto de enfermería como médicos (ent 4)</p> <p>En mi trabajo todos nos llevábamos bien nadie se quejaba del trabajo nos ayudamos entre nosotros mismos, siempre tuve mucha comprensión por parte de mi esposo y mis hijos yo me iba a trabajar y cuando llegaba mis hijos aun pequeños me ayudaban en el aseo de la casa al igual que mi esposo, yo tenia mucha convivencia con mis alumnos y mis compañeros de trabajo y sobretodo cuando (ent 6)</p> <p>cuando trabajaba me sentía feliz llevaba una vida muy agitada, en ocasiones me angustiaba el tener que llegar tarde a mi casa y no estar al pendiente de mis hijos, el poder brindar a mis alumnos mis conocimiento me daba mucha satisfacción, convivía mucho con mis compañeras, creció una amistad que aun perdura, compartíamos muchas situaciones: de tristeza, angustia y en varias ocasiones hasta lagrimas....se lleo a formar una familia con ellas (ent. 7)</p>
2) insegurança em relação ao diabetes tipo 2	2.1 Fatores emocionais relacionados ao diabetes	<p>Mi familia tiene diabetes y a ellos a muy temprana edad se los diagnosticaron y a mi no, al diagnosticarme la DM2 me dio una depresión muy fuerte me dio tristeza y miedo.(ent 1)</p> <p>Yo tengo herencia diabética por parte de mis padres y de mis abuelos y tener un patrón que solo te este vigilando que no te robes nada es muy problemático para la enfermedad. las pastillas nunca me sirvieron por lo que opte por inyectarme insulina, yo era resistente a la insulina los médicos decían que</p>

		<p>tenia que bajar de peso (ent 2)</p> <p>Cuando me diagnosticaron diabetes estaba muy joven, cuando me dijeron que tenia el azúcar alta me dolió mucho y me dio miedo porque mi papá murió de esa enfermedad, en un principio comencé a cuidarme me dio mucha depresión pero como no sentía nada pensé que no pasa nada y deje de cuidarme comencé a comer de más y de todo lo que me gustaba después de tiempo me dio un problema renal (ent 3)</p> <p>Por problemas de la columna comencé a incapacitarme y eso enojo a mis compañeros, además me sentía presionada por ellos y por los problemas en la casa me hacia pasar tanto corajes.... que fue el factor que desencadeno la DM que me hace sentir culpable y con enojo por tener que vivir con esa enfermedad (ent 5)</p> <p>Cuando me diagnosticaron diabetes mi primera reacción fue decir no es cierto si yo me siento bien no me duele nada ni siento nada solo ese pequeño desvanecimiento no hice nada así pasaron varios años (ent 9)</p> <p>Cuando me dijeron que tenia diabetes ya faltaba poco para jubilarme y cuando me dijeron que tenia azúcar me dio mucha tristeza porque YO y eso es por estar gorda, no se lo dije a mi esposo porque el se iba a preocupar por mi causa yo tengo la culpa por no dejar de comer y estar así de gorda. (ent 10)</p> <p>Siempre he estado al pendiente de mis hijos aun cuando crecieron, al estar enfermos mis hijos me olvido de mi misma no me cuido no comía no descansaba, primero están mis hijos siempre he tenido el apoyo de mi esposo por eso puedo llevar la situación (ent 1)</p> <p>Los problemas en la familia continuaron y mi malestar creció acudía al medico para que me diera tratamiento pero no tenia tiempo de cuidarme pues con el trabajo y la casa no quedaba tiempo para mi (ent. 5)</p>
	2.2 Prioridade na atenção à família	<p>Mi hija se enfermo de leucemia la cuidaba la llevaba a a la ciudad de México para que la entendieran y un día entando con ella me sentí mal acudí a urgencias con el medico y me dicen que tengo la azúcar alta pero en ese momento yo no podía atenderme porque primero esta mi hija antes que yo, le dije al medico déme el medicamento y después de mi hija veremos que pasa y justo en ese momento mi esposo decide que nos separemos porque no nos entendemos y se fue.... mi vida familiar se vino abajo, tome el valor para estar al pendiente de mi hija (ent 8)</p>

		Nunca le dije a mi esposo que tenía DM2 porque se iba a preocupar por mi causa, él está enfermo del corazón , me tomaba los medicamentos escondidas para que nadie supiera nada pero cada día me sentía muy cansada en las tardes me dormía y no tenía ganas de realizar el aseo de la casa y menos la comida (ent 10)
--	--	--

VIDA DESPUES DE LA JUBILACION

Tema	Subtema	Figura
1) Alternativa posterior a aposentadoria	1.1 Desenvolvimento de habilidades pessoais	No me siento triste por haberme jubilado ya que tengo mucho trabajo me gusta escribir poesía aunque hay ocasiones en las que no puedo escribir porque ya no veo bien pero ya me operaron y estoy mejor. Escribe poesía (ent 1)
	1.2 Trabalho e participação em grupos comunitarios	<p>Cuando ya ame jubile comencé a buscar en que utilizar mi tiempo entonces una amiga me invito a formar parte del grupo de la tercera edad para la impartición de algún tema y así comencé asistir a este grupo ayudando a estas personas con lo que podía, el mantenerme ocupada y no estar solo pensando en la enfermedad me ayuda a sentirme bien y sin molestias, en estos momentos tengo reuniones con el patronato todos los martes de cada mes para organizar los eventos con las personas del club de senectud, organizamos paseos con la ayuda del gobierno y las personas la iglesia (ent 6)</p> <p>Cuando me jubile y permanecía en casa mis vecinos comenzaron a buscarme para pedirme ayuda en la atención de sus familiares. (ent 7)</p> <p>Después de que me jubile busque un trabajo en la presidencia (ent 1)</p> <p>Después de jubilarme puse un despacho agrónomo y realizo trabajo salgo al campo siempre me entretengo en labores de la casa cuando no tengo trabajo de lo mío cuando si tengo es un poco e más presión pero es muy tranquilo (ent 2)</p> <p>Yo vivo sola mis hijos están en el extranjero pero mis amigas me buscan mucho para que les ayude a realizar alguna comida a mi me gusta mucho esa actividad (ent 4)</p>
2) Plano terapéutico para o controle do diabetes tipo 2	2.1 Medicina Tradicional e não convencional para o controle do diabetes tipo 2	<p>Yo no me he cuidado como debe de ser y antes diga que todavía estoy aquí que sigo viva, el medicamento me lo tomaba así como remedios caseros como licuados de nopal linaza y sábila, en este momento me pongo una vacuna que me dio el medico que no es para controlar la diabetes mellitas pero me ayuda a la regeneración de los tejidos me la pongo en el estomago me ha ayudado mucho he bajado de peso, gracias a Dios que siempre esta conmigo todo a salido bien, mis niveles de glucosa casi siempre se mantienen altas de 145 cuando me baja de esa cifra me siento mal (ent 1)</p> <p>Yo para el control de mi diabetes acudo al medico me tomo las pastillas y me inyecto insulina, las cifras de glucosa se mantienen entre 120 a 130 mgrs antes estaba mas alta pero ya me cuido un poco y la</p>

		<p>insulina si me ha dado resultado (ent 2)</p> <p>Me tomo los medicamentos y mis remedios caseros pero no me han ayudado ya me han estado cortando primero un dedo y ya hasta la rodilla, estoy empezando con el otro pie (ent 3)</p> <p>Siempre acudo al medico con regularidad al médico sigo el tratamiento que me indica y me tomo unos remedios para sentirme bien y cuando el estomago se siente medio mal me tomo un Yakull, mis niveles de glucosa siempre se mantienen entre 120 a 135 mgrs y trato siempre de mantenerse en ese nivel (ent 4)</p> <p>Me tomo mis medicamentos pero en ocasiones me enfado y los dejo de tomar, el leer un poco la Biblia me ayuda aunque ya no puedo porque tengo problemas con la vista, casi no acudo al medico porque no puedo caminar, las vecinas me recomiendan remedios en algunos momentos los he seguido me preparo un té o licuado pero no se me baja el azúcar sigo con la vista nublada cada día doy gracias a Dios por estar viva(ent5)</p> <p>Controlo mi enfermedad con medicamentos y remedios caseros y si me da resultados. (ent 6)</p> <p>Acudo al medico por lo menos una ves al mes pero me mido mi glucosa muy frecuentemente en mi casa, tomo remedios caseros como el nopal y me auxilia a mantener niveles de glucosa hasta hay ocasiones en las que disminuyen la dosis del medicamento , también es gracias Dios nunca me deprimí y eso favoreció mucho para mis niveles de glucosa (ent 7)</p> <p>Acudo mensualmente al medico particular con un homeópata para que me de mis medicamentos, mis cifras de glucosa se encuentran entre 170mgrs y cuando disminuyen más me siento mal, siento asentirme triste el medico me dice que es depresión me da una gotas para estar mejor pero aun así hay ocasiones en las que la tristeza es mucha (ent 8)</p> <p>Yo acudo al medico muy seguido me hemodializan en la ciudad de León, pero me tratan mal esas enfermeras, y el medico no me ayuda con ese problema en la piel donde tengo mucha comezón, me ponen insulina y en ocasiones se me baja mucho el azúcar, mi mamá me dice de varias yerbas solo me como el nopal pero no me da resultados, mis niveles de glucosa esta alta y baja (ent 9)</p> <p>Yo acudo al medico una ves al mes, siempre he acudido al ISSSTE para que me den los medicamentos, mi DM esta en ocasiones alta y luego medio bien y luego siento que se me baja aunque siempre tengo 200mgs (ent 10)</p>
	2.2 Hábitos alimentares	Yo sigo una dieta para poder tener niveles de bajos de azúcar (ent 2)

		<p>Nunca e seguido ninguna dieta, nadamas es que tenga los labios secos y de seguro tengo el azúcar alta, aunque para que le miento si me tomo una coco- cola (ent 3)</p> <p>Nunca he seguido una dieta estricta solo como menos y me mantengo en mi peso (ent 4)</p> <p>Realizo una dieta mi hija me ayuda a que la siga permanece mucho tiempo conmigo (ent 6)</p> <p>Trato de cuidarme sigo una dieta (ent 7)</p> <p>Mi control de mi azúcar lo realizo mediante dieta (ent 8)</p>
	2.3 Atividade física	<p>Yo trato de realizar ejercicio durante 15 a 20 minutos para poder mantener la glucosa bajo, lo necesito (ent 2)</p> <p>Pues solo trato de movilizarme aunque sea en mi silla de ruedas (ent 3)</p> <p>No puedo realizar ejercicio ya no puedo caminar necesito que me acompañen y no hay quien lo haga me da miedo caerme ya no veo bien (ent5)</p> <p>Procuro caminar con las personas de mi grupo por lo menos 3 veces a la semana me divierte al igual que me tranquiliza (ent 6)</p> <p>Ahora puedo salir a caminar con mi hijo a la parque todos los días (ent 7)</p> <p>El único tipo de ejerció que realizo son las actividades de mi casa aunque el medico dice que eso no es hacer ejercicio (ent 8)</p>